

## **Information zur Durchführung der Leichenschau und zur Todesart**

Für die Feststellung des Todes besteht eine besondere Sorgfaltspflicht. Mit der Ausstellung der Todesbescheinigung werden die Weichen gestellt, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben wird, oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf einen nicht natürlichen Tod erforderlich sind. Zugleich hängt von der sorgfältigen Todesbescheinigung die Qualität der Todesursachenstatistik ab.

Die Ärztin/der Arzt hat nach § 3 Abs. 1 BayBestV die Leichenschau grundsätzlich an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen, einschließlich aller Körperöffnungen, des Rückens und der behaarten Kopfhaut durchzuführen. Die Qualifizierung als „nicht natürlicher Tod“ erfolgt, wenn die Ärztin/der Arzt im Rahmen der Leichenschau Anhaltspunkte dafür findet, dass der Tod durch Selbsttötung, durch Unfall, durch strafbare Handlung oder durch Einwirkung von außen herbeigeführt wurde. Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod können sich auch aus den Gesamtumständen außerhalb des Befundes an der Leiche (z. B. Auffindeort, Alter des Verstorbenen) ergeben. Die Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod sind in der Todesbescheinigung (vertraulicher Teil) aufzuführen. Kann die Ärztin/der Arzt im Rahmen der Leichenschau nicht klären, ob ein natürlicher oder ein nicht natürlicher Tod vorliegt, so ist in der Todesbescheinigung die Todesart als ungeklärt anzugeben.

## **Erläuterungen zur Todesursachenstatistik**

Die amtliche Todesursachenstatistik wird nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, dass der Krankheitsablauf unter „Todesursache/ Klinischer Befund“ in seiner Kausalkette angegeben wird. Für die Qualität der Todesursachenstatistik ist das Ausfüllen der Spalte „Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod“ von großer Bedeutung. Weitere Angaben zu der „Unmittelbar zum Tode führenden Krankheit“ sowie den „Anderen wesentlichen Krankheiten“ im Sinne einer Multi-

Morbidität können im Feld „Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen“ gemacht werden. Im Feld „Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache“ sollte bei Unfalltoten die Kategorie „Sonstiger Unfall“ nur in begründeten Ausnahmefällen verwendet werden. Um eine eindeutige Klassifikation zu ermöglichen, sollten möglichst genaue Angaben zum Hergang bei einem nicht natürlichen Tod gemacht werden.

## **Hinweise zum Weg der Todesbescheinigung**

Der Formularsatz für die Todesbescheinigung umfasst:

- einen nicht-vertraulichen Teil (Blatt 1 und 2),
- einen vertraulichen Teil 1 und 2 (jeweils Blatt 1 bis 5)

### **Todesbescheinigung – nicht-vertraulicher Teil**

Blatt 1 ist unverzüglich dem Standesamt vorzulegen. Insofern wird auf die Meldepflichten nach §§ 28 bis 30 des Personenstandsgesetzes hingewiesen. Blatt 2 wird nach dem Ausfüllen abgetrennt und verbleibt zunächst als Transportbegleitdokument bei der Leiche. Die Angehörigen oder ihre Beauftragten (in der Regel die Bestatter) sorgen für die Anbringung eines Bearbeitungsvermerks durch das Standesamt. Nach Anbringung des Bearbeitungsvermerks verbleibt das Blatt 1 im Original in der Zweitakte des Standesamtes. Das Standesamt übermittelt den Umschlag 1 an das zuständige Gesundheitsamt. Blatt 2 wird bei einer Feuerbestattung im Krematorium entsprechend der dort gültigen Aufbewahrungsfristen aufbewahrt. In den übrigen Fällen wird das Blatt 2 in den Unterlagen des Friedhofsträgers für die Dauer der Ruhefrist aufbewahrt.

### **Todesbescheinigung – vertraulicher Teil**

Der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung besteht aus zwei Teilen (jeweils Blatt 1 bis 5). Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Fall vollständig auszufüllen. Der vertrauliche Teil 2 gibt bei Bedarf Raum, ergänzende Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod anzuführen und ergänzende Angaben zur Todesursache oder zu Begleiterkrankungen (Epikrise) zu machen. Füllt die Ärztin/der Arzt den vertraulichen Teil 2 aus, so ist auch dieser unter erneuter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau zu unterschreiben.

Nachdem der vertrauliche Teil (Blatt 1 bis 5) ausgefüllt und unterzeichnet ist, werden Blatt 1 bis 3 so in den anhängenden Umschlag für das Standesamt (Umschlag 1) eingelegt, dass im rechten oberen Sichtfenster die notwendigen Eintragungen durch den Standesbeamten erfolgen können. Dieser Umschlag wird von der Ärztin/dem Arzt persönlich verschlossen und ist zusammen mit dem nicht-vertraulichen Teil Blatt 1 beim zuständigen Standesamt abzugeben.

Das Doppel für die Obduktion und zweite Leichenschau (Blatt 4) wird zusammen mit dem nicht ausgefüllten Obduktionsschein und der nicht ausgefüllten Bescheinigung über die zweite Leichenschau in den Umschlag für Obduktion und zweite Leichenschau (Umschlag 2) eingelegt. Dieser Umschlag wird

ebenfalls von der Ärztin/dem Arzt persönlich verschlossen und verbleibt bei der Leiche. Blatt 5 des vertraulichen Teils ist für die persönlichen Unterlagen der Ärztin/des Arztes bestimmt.

### **Anhaltspunkte für einen nicht nat. Tod/ungeklärte Todesart**

Bestehen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so hat die/der zur Leichenschau zugezogene Ärztin/Arzt unverzüglich die Polizei zu verständigen. Die Todesbescheinigung ist mit dem nicht vertraulichen Teil der Polizei zu übergeben. Der nicht vertrauliche Teil der Todesbescheinigung darf den Bestattungspflichtigen erst ausgehändigt werden, wenn die Staatsanwaltschaft die Bestattung schriftlich genehmigt hat.

### **Bescheinigung über die zweite Leichenschau**

Die Ärztin/der Arzt der zweiten Leichenschau übermittelt Blatt 1 der ausgefüllten Bescheinigung über die zweite Leichenschau (Bescheinigung) dem Gesundheitsamt des Sterbeorts. Blatt 2 der Bescheinigung wird im Krematorium verwahrt bzw. verbleibt bei einer Überführung ins Ausland bei der Leiche. Blatt 3 der Bescheinigung ist für den Fall einer Obduktion bestimmt. Blatt 4 der Bescheinigung, sowie Blatt 4 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung sind für die persönlichen Unterlagen der Ärztin/des Arztes bestimmt. Bestehen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder ist die Todesart ungeklärt, sind Blatt 1, 2 und 3 der Bescheinigung, Blatt 4 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung sowie die nicht ausgefüllten Blatt 1 bis 3 des Obduktionsscheins in Umschlag 2 zu verschließen und der Polizei zu übergeben. Findet keine zweite Leichenschau statt, verbleibt der ungeöffnete Umschlag 2 für die Dauer der Ruhefrist in den Unterlagen des Friedhofsträgers.

### **Obduktionsschein und Obduktionsdoppel**

Die Ärztin/der Arzt der Obduktion übermittelt Blatt 1 und 2 des ausgefüllten Obduktionsscheins dem Gesundheitsamt des Sterbeorts. Blatt 3 des Obduktionsscheins ist für die persönlichen Unterlagen der Ärztin/des Arztes bestimmt. Blatt 4 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung und Blatt 3 (und ggf. Blatt 2) der Bescheinigung über die zweite Leichenschau werden erneut in den Umschlag 2 eingelegt. Dieser wird von der Ärztin/dem Arzt persönlich verschlossen, verbleibt bei der Leiche und wird im Krematorium bzw. beim Friedhofsträger archiviert. Findet die Obduktion nach der ersten (und vor einer zweiten) Leichenschau statt, vernichtet der Obduzent die Bescheinigungen über die zweite Leichenschau (Blatt 1 bis 4).

**Pers onalangaben** **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird v om Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
PLZ, Wohnort			Beurkundung zurückgestellt, Nummer	
Geburtsdatum		Geburtsort		
Tag    Monat    Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Geschlecht				
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt				
Sterbezeitpunkt		Uhrzeit		<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben v on Angehörigen/Dritten
Tag    Monat    Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Stunden    Minuten <input type="text"/> <input type="text"/>		
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar		Auffindungszeitpunkt		
Tag    Monat    Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Stunden    Minuten <input type="text"/> <input type="text"/>		
Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag    Monat    Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Stunden    Minuten <input type="text"/> <input type="text"/>
Uhrzeit <input type="text"/> <input type="text"/>				
Kategorie Sterbeort	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Hospiz <input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Amlt. Ge-wahrsam <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Angabe Station:	<input type="checkbox"/> Sonstiges		
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod			

**ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE UND DIE NÄCHSTE SEITE ABTRENKEN!**  
(BLATT 1 UND 2 NICHT-VERTRAULICHER TEIL)

#### Identifikation

<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis / Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten	<input type="checkbox"/> Nicht möglich
---	---	---	--

#### Ort des Versterbens

<input type="checkbox"/> Sterbeort	<input type="checkbox"/> Auffindungsort (falls Sterbeort unbekannt)
Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o.ä.)	
<input type="checkbox"/> Wohnanschrift (siehe oben)	
PLZ, Ort	

#### Warnhinweise

<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr – infektiöse Leiche
<input type="checkbox"/> Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 1 Satz 3 Bayerischer Bestattungsv erordnung (COVID-19 oder ähnlich) erforderlich
<input type="checkbox"/> Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 1 Satz 4 Bayerischer Bestattungsv erordnung (HIV, Hepatitis B und C oder ähnlich) erforderlich
<input type="checkbox"/> Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 1 Satz 5 Bayerischer Bestattungsv erordnung (Cholera, Typhus, Diphtherie, spongiforme Enzephalopathien ohne hereditäre Formen, Poliomyelitis, offene Tuberkulose, Scabies crustosa oder ähnlich) erforderlich
<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr – hochkontagiöse Leiche (Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 2 Bayerischer Bestattungsv erordnung erforderlich)
<input type="checkbox"/> Chemische Kontamination oder Vergiftung gem. § 16 e ChemG <input type="checkbox"/> Radionuklide <input type="checkbox"/> Sonstiges:

#### Zusatzangaben bei Totgeborenen

(Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g)

<input type="checkbox"/> Als tote Leibesfrucht geboren	<input type="checkbox"/> In der Geburt v erstorben	Schwangerschaftswoche: <input type="text"/> <input type="text"/>	Gewicht der Leibesfrucht in g: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--	--	---

#### Ärztliche Bescheinigung

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau
---

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
--

## Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
PLZ, Wohnort			Beurkundung zurückgestellt, Nummer	
Geburtsdatum	Tag 	Monat 	Jahr 	Geburtsort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbekannt
Sterbezeitpunkt	Tag 	Monat 	Jahr 	Stunden 
	Uhrzeit 	Minuten 	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar	Auffindungszeitpunkt	Tag 	Monat 	Jahr 
	Stunden 	Minuten 	Uhrzeit 	
	Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen	Tag 	Monat 	Jahr 
		Stunden 	Minuten 	Uhrzeit 
Kategorie Sterbeort	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Stat. Hospiz	<input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe
	<input type="checkbox"/> Amlt. Gewahrsam	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Angabe Station:	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod	

**ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE UND DIE VORHERIGE SEITE ABTRENNEN!**  
(BLATT 1 UND 2 NICHT-VERTRAULICHER TEIL)

## Identifikation

<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis / Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten	<input type="checkbox"/> Nicht möglich
---	---	---	--

## Ort des Versterbens

<input type="checkbox"/> Sterbeort	<input type="checkbox"/> Auffindungsort (falls Sterbeort unbekannt)
Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o.ä.)	
PLZ, Ort	
Wohnanschrift (siehe oben)	

## Warnhinweise

<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr – infektiöse Leiche
<input type="checkbox"/> Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 1 Satz 3 Bayerischer Bestattungsvorordnung (COVID-19 oder ähnlich) erforderlich
<input type="checkbox"/> Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 1 Satz 4 Bayerischer Bestattungsvorordnung (HIV, Hepatitis B und C oder ähnlich) erforderlich
<input type="checkbox"/> Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 1 Satz 5 Bayerischer Bestattungsvorordnung (Cholera, Typhus, Diphtherie, spongiforme Enzephalopathien ohne hereditäre Formen, Poliomyelitis, offene Tuberkulose, Scabies crustosa oder ähnlich) erforderlich
<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr – hochkontagiöse Leiche (Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 2 Bayerischer Bestattungsvorordnung erforderlich)
<input type="checkbox"/> Chemische Kontamination oder Vergiftung gem. § 16 e ChemG
<input type="checkbox"/> Radionuklide
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

## Zusatzangaben bei Totgeborenen

(Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g)

<input type="checkbox"/> Als tote Leibesfrucht geboren	<input type="checkbox"/> In der Geburt verstorben	Schwangerschaftswoche:	Gewicht der Leibesfrucht in g:
--	---	------------------------	--------------------------------

## Ärztliche Bescheinigung

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau
---

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
--

**Persönlichkeitsangaben** BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
PLZ, Wohnort			Beurkundung zurückgestellt, Nummer	
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		
Sterbezeitpunkt		<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar		Auffindungszeitpunkt: Tag, Monat, Jahr, Stunden, Minuten Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen: Tag, Monat, Jahr, Stunden, Minuten		
Kategorie Sterbeort		<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Hospiz <input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Amlt. Ge-wahrsam <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Todesart		<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod		

<b>Sichere Zeichen des Todes</b>		<b>Reanimationsbehandlung</b>	
<input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar <input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)		Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt**  
 Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort

Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letztliche Todesursache		
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von		
II. Andere wesentliche Krankheiten			

**Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen**

Nach eigenen Feststellungen     Nach Angaben von Angehörigen/Dritten

weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2     Obduktion wird angestrebt

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod**

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang		ICD-Code
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.		
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels	Angaben über den Ort des Ereignisses	
Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstunfall (nicht in Haus oder Schule)	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall

**Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern**

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei der Geburt in cm	Geburtsgewicht
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität erfolgte: <input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod <input type="checkbox"/> unbekannt	

**Ärztliche Bescheinigung** Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

**Persönlichkeitsangaben** BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer		Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
PLZ, Wohnort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer

Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbekannt				
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar	Auffindungszeitpunkt			Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten
	Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen			Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod					

**Sichere Zeichen des Todes****Reanimationsbehandlung****Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt**

Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort

**Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit</b>	a) letzte Todesursache		
<b>Vorangegangene Ursache</b> (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
<b>Grundleiden</b> (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von		
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b>			

**Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen**
 Nach eigenen Feststellungen
  Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
 weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2 Obduktion wird angestrebt**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod**

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang	<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2	ICD-Code
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.		

**Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern****Ärztliche Bescheinigung**

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

**Pers onalangaben** BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort		Wird v om Standesamt ausgefüllt	Standesamt
			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
			Beurkundung zurückgestellt, Nummer
Geburtsdatum	Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		
Sterbezeitpunkt	Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten <input type="text"/> <input type="text"/> Uhrzeit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar		Auffindungszeitpunkt                 Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten <input type="text"/> <input type="text"/> Uhrzeit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten <input type="text"/> <input type="text"/> Uhrzeit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Kategorie Sterbeort	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Hospiz <input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Amlt. Ge-wahrsam <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Angabe Station:		<input type="checkbox"/> Sonstiges
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod		

**Sichere Zeichen des Todes**

**Reanimationsbehandlung**

**Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt**

**Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit</b>	a) letztliche Todesursache		
<b>Vorangegangene Ursache</b> (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
<b>Grundleiden</b> (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von		
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b>			

**Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen**

Nach eigenen Feststellungen
  Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
  weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2
  Obduktion wird angestrebt

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod**

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang		<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2	ICD-Code
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.			
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels	Angaben über den Ort des Ereignisses		
Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstunfall (nicht in Haus oder Schule)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall	

**Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern**

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei der Geburt in cm	Geburtsgewicht	g
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden v erstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der <input type="text"/> <input type="text"/> Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> Lebensdauer in vollendeten Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> unbekannt			
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft v or? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja, innerhalb v on 42 Tagen v or dem Tod <input type="checkbox"/> nein		
	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität erfolgte:	<input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr v or dem Tod <input type="checkbox"/> unbekannt		

**Ärztliche Bescheinigung**

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

**Persönlichkeitsangaben** BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
--------------	-----	-------	------	------------

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbekannt
------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
-----------------	-----	-------	------	---------	---------	--	---

Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar:	Auffindungszeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten
	Uhrzeit					

Uhrzeit	Stunden	Minuten	Uhrzeit	Stunden	Minuten
---------	---------	---------	---------	---------	---------

Kategorie Sterbeort	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Stat. Hospiz	<input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Amlt. Ge-wahrsam	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	Angabe Station:	<input type="checkbox"/> Sonstiges
---------------------	----------------------------------	--	---------------------------------------	--	---	--------------------------------------	-----------------	------------------------------------

Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod
----------	--	---	--

**Sichere Zeichen des Todes** **Reanimationsbehandlung**

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

**Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt**

Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort

**Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit</b>	a) letztl. Todesursache		
<b>Vorangegangene Ursache</b> (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
<b>Grundleiden</b> (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von		
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b>			

**Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen**

Nach eigenen Feststellungen  Nach Angaben von Angehörigen/Dritten

weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2  
 Obduktion wird angestrebt

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod**

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang	<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2	ICD-Code
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.		
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels	Angaben über den Ort des Ereignisses	
Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstunfall (nicht in Haus oder Schule)	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall

**Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern**

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei der Geburt in cm	Geburtsgewicht	g
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> ja, im	Monat	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität erfolgte:	<input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod	<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod	<input type="checkbox"/> unbekannt	

**Ärztliche Bescheinigung** **Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Unterschrift Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	---

**Pers onalangaben** BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Geburtsdatum	Tag   Monat   Jahr	Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		
Sterbezeitpunkt	Tag   Monat   Jahr   Stunden   Minuten   Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar:		Auffindungszeitpunkt	
Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag   Monat   Jahr   Stunden   Minuten   Uhrzeit	
Kategorie Sterbeort	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Hospiz <input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Amlt. Ge-wahrsam <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Angabe Station: <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod		

<b>Sichere Zeichen des Todes</b>	<input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar <input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	<b>Reanimationsbehandlung</b>	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------------------------------	---	-------------------------------	--

**Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt**  
 Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort

Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit</b>	a) letztliche Todesursache		
<b>Vorangegangene Ursache</b> (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
<b>Grundleiden</b> (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von		
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b>			

**Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen**

Nach eigenen Feststellungen  Nach Angaben von Angehörigen/Dritten  weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2  Obduktion wird angestrebt

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod**

Z. B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung

Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang

Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.

Bei Vergiftung: Angabe des Mittels | Angaben über den Ort des Ereignisses

Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstupfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstupfall (nicht in Haus oder Schule)	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall

**Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern**

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten

Mehrlingsgeburt?  ja  nein | Länge bei der Geburt in cm | Geburtsgewicht | g

Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind

Frühgeburt in der | Schwangerschaftswoche | Stunden | unbekannt

Bei Frauen

Liegt eine Schwangerschaft v or?  ja, im | Monat |  nein | unbekannt

Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extraproteringravidität erfolgte:  ja, innerhalb v on 42 Tagen v or dem Tod |  nein |  ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr v or dem Tod | unbekannt

**Ärztliche Bescheinigung** Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Unterschrift Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	---





Stempel und Unterschrift  
des Standesbeamten/der Standesbeamtin

## Inliegend Todesbescheinigung – vertraulicher Teil –

Blatt 1 (gelb), Blatt 2 (altgold) und Blatt 3 (blau)

Diesen Umschlag 1 zusammen mit dem nicht-vertraulichen Teil Blatt 1 (grau) an das zuständige Standesamt übergeben.

### Inhalt

- Blatt 1 (gelb): Für das Gesundheitsamt  
Blatt 2 (altgold): Für die Stelle nach Art. 7 Abs. 1 des Bayerischen Krebsregistergesetzes  
Blatt 3 (blau): Für das Statistische Landesamt

Name, ggf. Geburtsname, Vorname der/des Verstorbenen

Geburtsdatum

Tag      Monat      Jahr

## Inliegend Todesbescheinigung – vertraulicher Teil –

Blatt 4 (rosa) für Obduktion und zweite Leichenschau;

Dieser Umschlag 2 verbleibt immer bei der verstorbenen Person. Der Umschlag darf vom Arzt der Obduktion bzw. der zweiten Leichenschau geöffnet werden.

### Inhalt

- Blatt 4 (rosa): Doppel für Obduktion und zweite Leichenschau  
Obduktionsschein Blatt 1 bis 3 (nicht ausgefüllt)  
Bescheinigung über die zweite Leichenschau Blatt 1 bis 4 (nicht ausgefüllt)

**Personalangaben** BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbekannt

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden.

Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

**Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Fall vollständig auszufüllen!**

**Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen**

nach eigenen Feststellungen  nach Angaben von Angehörigen/Dritten

**Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod**

nach eigenen Feststellungen  nach Angaben von Angehörigen/Dritten

**Ärztliche Bescheinigung**

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

## Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort									
Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt								

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden.

Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

**Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Fall vollständig auszufüllen!**

## Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

nach eigenen Feststellungen  nach Angaben von Angehörigen/Dritten

## Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

nach eigenen Feststellungen  nach Angaben von Angehörigen/Dritten

## Ärztliche Bescheinigung

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

## Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbekannt

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden.

Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

**Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Fall vollständig auszufüllen!**

## Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

nach eigenen Feststellungen  nach Angaben von Angehörigen/Dritten

## Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

nach eigenen Feststellungen  nach Angaben von Angehörigen/Dritten

## Ärztliche Bescheinigung

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

**Personalangaben** BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort									
Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt								

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden.

Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

**Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Fall vollständig auszufüllen!**

**Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen**

nach eigenen Feststellungen     nach Angaben von Angehörigen/Dritten

**Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod**

nach eigenen Feststellungen     nach Angaben von Angehörigen/Dritten

**Ärztliche Bescheinigung**

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbekannt

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden.

Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

**Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Fall vollständig auszufüllen!**

#### Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

nach eigenen Feststellungen  nach Angaben von Angehörigen/Dritten

#### Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

nach eigenen Feststellungen  nach Angaben von Angehörigen/Dritten

#### Ärztliche Bescheinigung

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

**Personalangaben**

**BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		<b>Nicht zur Vorlage beim Standesamt</b>
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum	Tag    Monat    Jahr	Geburtsort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt	
Sterbezeitpunkt	Tag    Monat    Jahr    Stunden    Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
	Uhrzeit	

**Identifikation**

<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis / Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten	<input type="checkbox"/> Nicht möglich
---	---	---	--

**Sichere Zeichen des Todes**

**Reanimationsbehandlung**

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

**Ort des Auffindens**

Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o.ä.)		<input type="checkbox"/> Wohnanschrift (siehe oben)
PLZ, Ort		

**Hinweise**

Nach § 3 Abs. 3 der Bayerischen Bestattungsverordnung muss die Ärztin/der Arzt ausnahmsweise nicht den nicht-vertraulichen und den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ausfüllen, sondern kann sich auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken, wenn

- sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt)
- sie/er die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat (Ausnahme: z.B. Reanimationsmaßnahmen) und
- sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird.

Das Ausfüllen lediglich des Notarztprotokolls ist keinesfalls ausreichend.

Die Ärztin/der Arzt sollte die Person, die die Behandlung und Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung veranlasst hat, darauf hinweisen, dass die

vollständige Leichenschau

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt unverzüglich zu veranlassen ist. Zur Nachtzeit gilt dies nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder wurde die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so ist auch die/der für die Behandlung von Notfällen eingeteilte Ärztin/Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu verständigen und ihr die vorläufige Todesbescheinigung zuzuleiten.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

## Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		<b><u>Nicht zur Vorlage beim Standesamt</u></b>
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum	Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt	
Sterbezeitpunkt	Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten <input type="text"/> <input type="text"/>	Uhrzeit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben v. Angehörigen/Dritten

## Identifikation

<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis / Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten	<input type="checkbox"/> Nicht möglich
---	---	---	--

## Sichere Zeichen des Todes

## Reanimationsbehandlung

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

## Ort des Auffindens

Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o.ä.)	<input type="checkbox"/> Wohnanschrift (siehe oben)
PLZ, Ort	

## Hinweise

Nach § 3 Abs. 3 der Bayerischen Bestattungsverordnung muss die Ärztin/der Arzt ausnahmsweise nicht den nicht-vertraulichen und den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ausfüllen, sondern kann sich auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken, wenn

- sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt)
- sie/er die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat (Ausnahme: z.B. Reanimationsmaßnahmen) und
- sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird.

Das Ausfüllen lediglich des Notarztprotokolls ist keinesfalls ausreichend.

Die Ärztin/der Arzt sollte die Person, die die Behandlung und Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung veranlasst hat, darauf hinweisen, dass die

vollständige Leichenschau

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt unverzüglich zu veranlassen ist. Zur Nachtzeit gilt dies nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder wurde die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so ist auch die/der für die Behandlung von Notfällen eingeteilte Ärztin/Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu verständigen und ihr die vorläufige Todesbescheinigung zuzuleiten.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau
---

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
--



## Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		<b><u>Nicht</u> zur Vorlage beim Standesamt</b>
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum	Tag   Monat   Jahr	Geburtsort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt	
Sterbezeitpunkt	Tag   Monat   Jahr   Stunden   Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten

## Identifikation

<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis / Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten	<input type="checkbox"/> Nicht möglich
---	---	---	--

## Sichere Zeichen des Todes

## Reanimationsbehandlung

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

## Ort des Auffindens

Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o.ä.)		<input type="checkbox"/> Wohnanschrift (siehe oben)
PLZ, Ort		

## Hinweise

Nach § 3 Abs. 3 der Bayerischen Bestattungsverordnung muss die Ärztin/der Arzt ausnahmsweise nicht den nicht-vertraulichen und den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ausfüllen, sondern kann sich auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken, wenn

- sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt)
- sie/er die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat (Ausnahme: z.B. Reanimationsmaßnahmen) und
- sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird.

Das Ausfüllen lediglich des Notarztprotokolls ist keinesfalls ausreichend.

Die Ärztin/der Arzt sollte die Person, die die Behandlung und Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung veranlasst hat, darauf hinweisen, dass die

vollständige Leichenschau

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt unverzüglich zu veranlassen ist. Zur Nachtzeit gilt dies nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder wurde die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so ist auch die/der für die Behandlung von Notfällen eingeteilte Ärztin/Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu verständigen und ihr die vorläufige Todesbescheinigung zuzuleiten.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau
---

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
--

**Pers onalangaben**

**BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
PLZ, Wohnort			Beurkundung zurückgestellt, Nummer	
Geburtsdatum	Tag   Monat   Jahr	Geburtsort		
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Auffindung	Tag   Monat   Jahr	Stunden   Minuten	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt	
	Uhrzeit			

- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt.
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt.
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten keine Angaben zu Todesursache/Klinischer Befund.

**Falls Todesursache / Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten: Wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit</b>	a) letztliche Todesursache		
<b>Vorangegangene Ursache</b> (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
<b>Grundleiden</b> (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von		
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b>			

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Obduzentin/des Obduzenten

**Pers onalangaben**

**BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN**

Straße, Hausnummer  PLZ, Wohnort		Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt
			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
			Beurkundung zurückgestellt, Nummer
Geburtsdatum	Tag         Monat       Jahr	Geburtsort	
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Auffindung	Tag         Monat       Jahr	Stunden       Minuten	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt

- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt.
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt.
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten keine Angaben zu Todesursache/Klinischer Befund.

**Falls Todesursache / Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten:  
Wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit</b>	a) letztliche Todesursache		
<b>Vorangegangene Ursache</b> (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
<b>Grundleiden</b> (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von		
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b>			

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Obduzentin/des Obduzenten

## Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname							
Straße, Hausnummer							
PLZ, Wohnort							
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort			
Sterbezeitpunkt, ggf.	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt
Datum der Auffindung				Uhrzeit			

- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt.
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt.
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten keine Angaben zu Todesursache/Klinischer Befund.

**Falls Todesursache / Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten:  
Wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit</b>	a) letztliche Todesursache		
<b>Vorangegangene Ursache</b> (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
<b>Grundleiden</b> (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von		
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b>			

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Obduzentin/des Obduzenten

## Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt
Geburtsdatum, Geburtsort		Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
Sterbedatum, Sterbeort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer

## Ggf. Anmerkungen zu Erkenntnissen aus der zweiten Leichenschau bzw. Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod

--

Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 ist die Todesart ungeklärt bzw. liegen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vor.

Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 bescheinige ich, dass keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ort und Datum der zweiten Leichenschau

--

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

--

## Pers onalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt
Geburtsdatum, Geburtsort		Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
Sterbedatum, Sterbeort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer

## Ggf. Anmerkungen zu Erkenntnissen aus der zweiten Leichenschau bzw. Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod

Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 ist die **Todesart ungeklärt** bzw. liegen **Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod** vor.

Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 bescheinige ich, dass **keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod** vorliegen.

Ort und Datum der zweiten Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

## Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Wird v om Gesundheits- amt ausgefüllt	Standesamt
Geburtsdatum, Geburtsort		Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
Sterbedatum, Sterbeort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer

## Ggf. Anmerkungen zu Erkenntnissen aus der zweiten Leichenschau bzw. Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod

Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 ist die Todesart ungeklärt bzw. liegen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vor.

Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 bescheinige ich, dass keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ort und Datum der zweiten Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

## Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt
Geburtsdatum, Geburtsort		Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
Sterbedatum, Sterbeort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer

## Ggf. Anmerkungen zu Erkenntnissen aus der zweiten Leichenschau bzw. Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod

--

Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 ist die **Todesart ungeklärt** bzw. liegen **Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod** vor.

Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 bescheinige ich, dass **keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod** vorliegen.

Ort und Datum der zweiten Leichenschau

--

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

--



<b>Staat:</b> BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND <b>État:</b> RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE <b>State:</b> FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY <b>Estado:</b> REPÚBLICA FEDERAL DE ALEMANIA <b>Stato:</b> REPUBBLICA FEDERALE DI GERMANIA <b>Staat:</b> BONDSREPUBLIEK DUITSLAND <b>Devlet:</b> FEDERAL ALMANYA CUMHURİYETİ <b>Država:</b> SAVEZNA REPUBLIKA NJEMAČKA <b>Estado:</b> REPÚBLICA FEDERAL DA ALEMANHA <b>Χώρα:</b> ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ	Bezeichnung der Behörde
<b>Leichenpass</b> Carte mortuaire - Corpse transport permit - Pasaporte para cadáver - Passaporto Mortuario - Lijkepas - Ölü Gecis Belgesi - Mrtvacki pasos - Autorização de transporte de cadáver - Άδεια μετάφορας σωρού	
<p><b>Nachdem alle gesetzlichen Vorschriften über die Einsargung beachtet worden sind, soll die Leiche von</b>  Les dispositions légales concernant la mise en bière ayant été respectées, le corps de - Having been put in the coffin in compliance with all the legal regulations pertaining to same, the remains of - Observadas todas las prescripciones legales sobre el amortajamiento, el cadáver de - Essendo state compiute tutte le prescrizioni legali relative al confezionamento del feretro, la salma di - Wanneer alle wettelijke voorschriften aangaande het kisten zijn nagekomen, dient het lichaam van - Tabutlama hususunda tüm yasal mevzuata uyulduktan sonra, ceset 'den - Poslije uvažavanja svih zakonskih propisa o stavljanju u lijes, transportirat će se mrtvo tijelo - Após a observação estrita de todas as prescrições legais referente ao amortalhamento, o cadáver de - Εχοντας τηρήσει τις διαδικασίες που προβλέπονται από τον Νόμο, τοποθετήκε στο φέρετρο η σωρός του</p>	
<b>Familienname, ggf. Geburtsname, Vornamen des Verstorbenen</b> nom de famille, le cas échéant nom de jeune fille, prénoms du défunt - family name or name at birth, first name of the deceased - apellido, nombre de nacimiento, nombres del fallecido - cognome, eventualmente cognome di nascita, nome del defunto - familienam, evt. meisjesnaam, voornamen van de overledene - ölüñün soyadı, gerektiliginde doğuştaki, soyadı, adları - prezime, svf. rodeno ime, imena umroga - apelido, evt. nome de solteira, nome próprio do defunto - επώνυμο, γένος επί εγγάμων γυναικών, όνομα	
<b>verstorben am</b> décédé le - who died on - fallecido el - morto il - gestorven op - ölüñ tarihi - umrlóg/umrle dana - morto a - θανάτων/θανούσα την	
<b>in</b> à -in - en - a - in ölüñ yeri - u - em - εις	
<b>an (Todesursache) <sup>1) 2)</sup></b> de (cause du décès) - of (cause of death) - de (causa de la defunción) - di (causa della morte) - op (doodsoorzaak) - ölüñ nedeni - od (razlog smrti) - de (causa da morte) - από (αίτια θανάτου)	
<b>im Alter von Jahren (wenn möglich genaues Geburtsdatum)</b> à l'age de ans (mentionner si possible la date de naissance exacte) - at the age of years (if possible please give the exact date of birth) - de años de edad (si posible, indicar fecha de nac. exacta) - di anni (indicare la data di nascita, se possibile) - op de leeftijd van (indien mogelijk precieze geboortedatum) - kaç yaşında öldüğü (mümkünse tam olarak doğum tarihi) - u starosti od godina (po mogućnosti točan datum rođenja) - na idade de (indicar aqui, se for possível, a data exacta de nascimento) - σε ηλικία (να αναφερθεί η ημερομηνία γεννήσεως)	
<b>durch (Beförderungsmittel)</b> doit être transféré (mode de transport) - shall be transported by (means of transport) - debe ser transportado por (medio de transporte) - verrà trasportata tramite (mezzo di trasporto) - door (transportmiddel) - ne ile naklolunduğu - sa prevozno sredstvo - será transportado por (meio de transporte) - θα μεταφερθεί (μέσον μεταφοράς)	
<b>von (Absendeort)</b> de (lieu de départ) - from (place of dispatch) - de (lugar de despacho) - da (luogo di partenza) - van (plaats van verzending) - nereden gönderildiği - od (mjesto ođišiljanja) - de (lugar de expedição) - από (τόπος εκκινήσεως)	
<b>über (Strecke)</b> via (route) - via (state route) - a través de (a trayecto) - via (strada da percorrere) - via (naar traject) - gönderildiği yol (güzergäh) - preko u relacija - via para - διασχίζοντας	
<b>nach (Bestimmungsort) befördert werden.</b> à (lieu de destination) - to (point of destination) - lugar de destino - luogo di destinazione - plaats van bestemming getransporteerd te worden - gideceği yer - odredište - lugar de destino final - εις (ακριβή τόπο προορισμού)	
<p><b>Da diese Leichenbeförderung genehmigt ist, werden alle Behörden der Länder, auf deren Gebiet der Transport stattfinden soll, gebeten, ihn frei und ungehindert passieren zu lassen.</b>  Etant donné que le transfert du corps est autorisé, toutes les autorités des pays sur le territoire desquels le transport circulera sont priées de le laisser se déplacer librement et de ne pas entraver sa circulation. - Permission has been granted for the transport of this corpse. All authorities in the countries/states through which the remains are to be transported are, therefore, requested to allow it to pass freely and unhindered. - Dado que este transporte de cadáver está autorizado, se ruega a las autoridades de los países por donde deba pasar el transporte dejarlo pasar libremente y sin impedimentos. - Trattandosi di un trasporto di salma autorizzato, tutte le autorità die paesi di transito sono pregate di farlo passare liberamente e senza alcun impedimento. - Aangezien dit lijkttransport wird goedgekeurd, wordt aan alle instanties der landen, op wier gebied het transport dient te geschieden, verzocht, dit vrijelijk en ongehinderd te laten passeren. - Cesedin nakline müsaade olunduğundan, nakliyatın yapılacağı ölkelerin resmi makamlarından, cenazeyi serbest olarak ve engellemeksizin geçirtme hususu rica olunmaktadır. - Kako je transport mrtvog tijela odobren, umoljavaju se svi organi vlasti zemalja, preko čijeg će se područja vršiti transport, da ga se pusti slobodno i nesmetano proći. - Tratando-se no caso do presente transporte de um transporte de cadáver autorizado, roga-se a todas as entidades oficiais dos países por cujo território o transporte será efectuado, que o deixem passar livremente. - Δεδομένου ότι για την μεταφορά της παρούσης σωρού έχει χορηγηθεί άδεια, παρακαλούνται οι Αρχές των χωρών επί του εδάφους των οποίων θα πραγματοποιηθεί η μεταφορά να την επιτρέψουν ακωλύτως και ελευθέρως.</p>	
Ort, Datum	(Siegel)

Fußnoten zur Angabe der Todesursache

- 1) Die Angabe der Todesursache ist nur zulässig, wenn der Bestattungspflichtige sein Einverständnis erklärt hat; sie sollte auch in Englisch oder Französisch angegeben werden.
- 2) Ist die Angabe der Todesursache nicht möglich, so ist auf dem Leichenpass anzugeben, ob die Person eines natürlichen Todes oder an einer nicht ansteckenden Krankheit verstorben ist. Starb die Person an einer ansteckenden Krankheit, so sollte diese Tatsache angegeben werden.

---

Dieser Leichenpass ist nach den Bedingungen des europäischen Übereinkommens für die Überführung von Leichen, insbesondere der Art. 3 und 5 (vgl. den folgenden Auszug) ausgestellt und entspricht dem Internationalen Abkommen über die Leichenbeförderung (Berliner Abkommen vom 10. Februar 1937, RGBI II, S. 199).

Europäisches Übereinkommen über die Überführung von Leichen (Auszug):

Artikel 3

1. Jeder Leiche muss während der Überführung ein besonderes Dokument (Leichenpass) beigegeben werden, das von der zuständigen Behörde des Absenderstaates ausgestellt wird.
2. Der Pass muss wenigstens die in dem als Anlage zu diesem Übereinkommen beigefügten Muster aufgeführten Angaben enthalten; er ist in der Amtssprache oder einer der Amtssprachen des Ausstellungsstaates und in einer der Amtssprachen des Europarates abzufassen.

Artikel 5

Der Pass wird von der zuständigen Behörde, auf die in Artikel 8 dieses Übereinkommens Bezug genommen wird, ausgestellt, nachdem sie sich vergewissert hat:

- a) dass alle ärztlichen, gesundheits- und verwaltungsmäßigen sowie rechtlichen Forderungen der in dem Absendestaat gültigen Regelungen betreffend die Leichenbeförderung und – wenn angebracht – die Beisetzung und die Ausgrabung erfüllt worden sind;
- b) dass die Überreste in einen Sarg gelegt worden sind, der die in Artikel 6 und 7 dieses Übereinkommens aufgestellten Forderungen erfüllt;
- c) dass der Sarg nur die Überreste der in dem Pass genannten Person und solche persönlichen Gegenstände enthält, die mit der Leiche beigelegt oder eingäschert werden sollen.

European Agreement on the Transfer of Corpses (excerpt):

Article 3

1. Any corpse shall, during the transfer, be accompanied by a special document (*laissez-passer* for a corpse) issued by the competent authority of the State of departure.
2. The *laissez-passer* shall include at least the information set out in the model annexed to the present Agreement; it shall be made out in the official language or one of the official languages of the State in which it was issued and in one of the official languages of the Council of Europe.

Article 5

The *laissez-passer* is issued by the competent authority referred to in Article 8 of this Agreement, after it has ascertained that:

- a) all the medical, health, administrative and legal requirements of the regulations in force in the State of departure relating to the transfer of corpses and, where appropriate, burial and exhumation have been complied with;
- b) the remains have been placed in a coffin which complies with the requirements laid down in Articles 6 and 7 of this Agreement;
- c) the coffin only contains the remains of the person named in the *laissez-passer* and such personal effects as are to be buried or cremated with the corpse.