



Bayerisches Ministerialblatt

BayMBl. 2025 Nr. 99

26. Februar 2025

2127-G

Muster im Vollzug der Bestattungsverordnung

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention

vom 10. Februar 2025, Az. 32k-G8071-2024/2-45

1. Rechtsgrundlage

Auf Grund des § 3 Abs. 6 und des § 10 Abs. 1 Satz 1 der Bestattungsverordnung (BestV) vom 1. März 2001 (GVBl. S. 92, 190, BayRS 2127-1-1-G), die zuletzt durch § 1 Abs. 48 der Verordnung vom 4. Juni 2024 (GVBl. S. 98) und die §§ 1 und 2 der Verordnung vom 10. Juni 2024 (GVBl. S. 160) geändert worden ist, sowie § 17 Abs. 5 Satz 3 BestV in der ab 1. April 2025 geltenden Fassung werden in der Anlage die Muster für die Todesbescheinigung, die vorläufige Todesbescheinigung, den Obduktionsschein, der Bescheinigung über die zweite Leichenschau und den Leichenpass bekannt gemacht.

2. Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Übergangsregelung

¹Diese Bekanntmachung tritt am 17. März 2025 in Kraft und mit Ablauf des 16. März 2030 außer Kraft. ²Die bisherigen Muster nach der Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege über die Muster im Vollzug der Bestattungsverordnung vom 31. Mai 2021 (BayMBl. Nr. 438), die zuletzt durch Bekanntmachung vom 15. März 2024 (BayMBl. Nr. 159) geändert worden ist, dürfen noch bis zum 30. April 2025 verwendet werden. ³Die Bescheinigung über die zweite Leichenschau ist ab dem 1. April 2025 zu verwenden.

Dr. Rainer H u t k a
Ministerialdirektor

Anlage: Amtliches Formular der Todesbescheinigung, der vorläufigen Todesbescheinigung, des Obduktionsscheins, der Bescheinigung über die zweite Leichenschau und des Leichenpasses

Freistaat Bayern Todesbescheinigung

(weiß)

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)

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.

Todesbescheinigung – nicht-vertraulicher Teil

Blatt 1 ist unverzüglich dem Standesamt vorzulegen. Insoweit 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 Zweikarte 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.

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.

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.

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.

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.

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).

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

Blatt 1: An das zuständige Standesamt		Todesbescheinigung		– Nicht-vertraulicher Teil – (grau)					
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	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
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"/> Aml. Gewahrsam	<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			

ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE UND DIE NÄCHSTE 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.)	
<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 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
--

Blatt 2: Verbleib bei der/dem Verstorbenen		Todesbescheinigung		– Nicht-vertraulicher Teil –		(llc)
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	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				
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"/> Amtl. Gewahrsam		<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

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.)	
<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 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
--

Blatt 1: Gesundheitsamt		Todesbescheinigung		– Vertraulicher Teil 1 –		(gelb)											
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	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"/> Amtl. Gewahrsam		<input type="checkbox"/> Krankenhaus		<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: w wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund																	
Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.										Zeiddauer 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																	
<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten <input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2 <input type="checkbox"/> 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 Dienstupfall (ohne Wegeunfall)		<input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstupfall (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 verstorben sind		Frühgeburt in der				Schwangerschaftswoche				Stunden		<input type="checkbox"/> unbekannt					
Bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor?		<input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> Monat		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt									
		Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauteringravidität erfolgte:		<input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen v or dem Tod		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt									
				<input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr v or dem Tod		<input type="checkbox"/> nein		<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 Angabe n.																	
Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau						Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes											

Blatt 2: Stelle nach Art. 7 Abs. 1 BayKRegG		Todesbescheinigung		– Vertraulicher Teil 1 –		(altgold)	
Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABE 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
		Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen			Uhrzeit	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						Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<small>Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.</small>							
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							
<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen		<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2		<input type="checkbox"/> 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.				<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2	ICD-Code
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			

Blatt 3: Statistisches Landesamt		Todesbescheinigung – Vertraulicher Teil 1 –		(blau)
Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN				
Straße, Hausnummer		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
PLZ, Wohnort			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
Geburtsdatum		Beurkundung zurückgestellt, Nummer		
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 Angaben von Angehörigen/Dritten
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar		Auffindungszeitpunkt		
		Tag	Monat	Jahr
		Stunden	Minuten	Uhrzeit
Kategorie Sterbeort		Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		
<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Stat. Hospiz	<input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Amtl. 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				
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
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				
<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2				
<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten <input type="checkbox"/> 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 Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	
	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstatunfall (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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden v. verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden		<input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauteringravidität erfolgte: <input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen v. dem Tod <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	<input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr v. 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		

Blatt 5: Arztdoppel		Todesbescheinigung – Vertraulicher Teil 1 –			(grün)
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
Sterbezeitpunkt		Tag	Monat	Jahr	Stunden
		Uhrzeit			<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	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Stat. Hospiz	<input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Aml. Gewahrsam
Sterbeort				<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Sonstiges
		Angabe Station:			
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
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					
<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten <input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2 <input type="checkbox"/> Obduktion wird angestrebt					
Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod					
Z. B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewaltteinwirkung, 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	
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.			ICD-Code	
	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 Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstatunfall (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. 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 v. 42 Tagen v. dem Tod		<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr v. 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		

Umschlag 1: Standesamt 154 x 219 mm (recycling-braun)

**Inliegend Todesbescheinigung
– vertraulicher Teil –**

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

Stempel und Unterschrift
des Standesbeamten/der Standesbeamtin

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

Umschlag 2: Obduktion und zweite Leichenschau DIN C 5 (koralle)

Name, ggf. Geburtsname, Vorname der/des Verstorbenen	Geburtsdatum						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="width: 33%; text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="width: 33%; text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
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)

Blatt 1: Gesundheitsamt **Todesbescheinigung** – Vertraulicher Teil 2 – (gelb)

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
---	--

Blatt 2: Stelle nach Art. 7 Abs. 1 BayKRegG **Todesbescheinigung** – Vertraulicher Teil 2 – (altgold)

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
---	--

Blatt 3: Statistisches Landesamt **Todesbescheinigung** – Vertraulicher Teil 2 – (blau)

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

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
---	--

Blatt 4: Für Obduktion und 2. Leichenschau

Todesbescheinigung

– Vertraulicher Teil 2 –

(rosa)

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

Blatt 5: Arztdoppel

Todesbescheinigung

– Vertraulicher Teil 2 –

(grün)

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

Blatt 1: Für die Leichenschau		Vorläufige Todesbescheinigung		(grau)
Personalangaben		BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN		
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Nicht zur Vorlage beim Standesamt		
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 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				
<p>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 <u>Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken</u>, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Das Ausfüllen lediglich des Notarztprotokolls ist keinesfalls ausreichend.</p> <p>Die Ärztin/der Arzt sollte die Person, die die Behandlung und Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung veranlasst hat, darauf hinweisen, dass die</p> <p style="text-align: center;"><u>vollständige Leichenschau</u></p> <p>durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt <u>unverzüglich zu veranlassen</u> ist. Zur Nachtzeit gilt dies nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.</p> <p>Ergeben sich <u>Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod</u> oder wurde die <u>Leiche eines Unbekannten</u> 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.</p>				
Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau			Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes	

Blatt 2: Für die Angehörigen		Vorläufige Todesbescheinigung		(grau)
Personalangaben		BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN		
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Nicht zur Vorlage beim Standesamt		
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 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				
<p>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 <u>Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken</u>, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Das Ausfüllen lediglich des Notarztprotokolls ist keinesfalls ausreichend.</p> <p>Die Ärztin/der Arzt sollte die Person, die die Behandlung und Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung veranlasst hat, darauf hinweisen, dass die</p> <p style="text-align: center;"><u>vollständige Leichenschau</u></p> <p>durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt <u>unverzüglich zu veranlassen</u> ist. Zur Nachtzeit gilt dies nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.</p> <p>Ergeben sich <u>Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod</u> oder wurde die <u>Leiche eines Unbekannten</u> 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.</p>				
Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau			Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes	

Blatt 3: Arztdoppel	Vorläufige Todesbescheinigung	(grün)										
Personalangaben		BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN										
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Nicht zur Vorlage beim Standesamt										
Straße, Hausnummer												
PLZ, Wohnort												
Geburtsdatum	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Tag</td> <td style="width: 20px;">Monat</td> <td style="width: 20px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Geburtsort				
Tag	Monat	Jahr										
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt											
Sterbezeitpunkt	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Tag</td> <td style="width: 20px;">Monat</td> <td style="width: 20px;">Jahr</td> <td style="width: 20px;">Stunden</td> <td style="width: 20px;">Minuten</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten						Uhrzeit: <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben v. Angehörigen/Dritten
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten								
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 <u>Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken</u> , wenn <ul style="list-style-type: none"> - 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 <u>unverzüglich zu veranlassen</u> ist. Zur Nachtzeit gilt dies nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.												
Ergeben sich <u>Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod</u> oder wurde die <u>Leiche eines Unbekannten</u> 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										

Blatt 2: Statistisches Landesamt		Obduktionsschein		(blau, DIN A5)
Personalangaben		BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN		
StraÙe, Hausnummer		Wird v om Gesundheits- amt ausgefüllt	Standesamt	
PLZ, Wohnort			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
Geburtsdatum		Beurkundung zurückgestellt, Nummer		
Tag	Monat	Jahr	Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten
Sterbezeitpunkt, ggf.		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		
Datum der Auffindung		Uhrzeit		
<input type="checkbox"/> Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt. <input type="checkbox"/> Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt. <input type="checkbox"/> 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			Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<small>Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.</small>				
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letzte Todesursache			
Vorangegangene Ursache <small>(Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)</small>	b) als Folge von			
Grundleiden <small>(ursprüngliche Ursache)</small>	c) als Folge von			
II. Andere wesentliche Krankheiten				
Ort und Datum der Obduktion		Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Obduzentin/des Obduzenten		

Blatt 3: Für den Obduzenten/die Obduzentin	Obduktionsschein	(grün, DIN A5)										
Personalangaben		BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN										
Name, ggf. Geburtsname, Vorname												
Straße, Hausnummer												
PLZ, Wohnort												
Geburtsdatum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Jahr</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr								Geburtsort
Tag	Monat	Jahr										
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Auffindung	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Jahr</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr								Stunden Minuten Uhrzeit Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt
Tag	Monat	Jahr										
<input type="checkbox"/> Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt. <input type="checkbox"/> Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt. <input type="checkbox"/> 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		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod										
<small>Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.</small>												
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letztliche Todesursache											
Vorangegangene Ursache <small>(Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)</small>	b) als Folge von											
Grundleiden <small>(ursprüngliche Ursache)</small>	c) als Folge von											
II. Andere wesentliche Krankheiten												
Ort und Datum der Obduktion	Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Obduzentin/des Obduzenten											

Blatt 1: Gesundheitsamt

Bescheinigung über die zweite Leichenschau

(türkis, DIN A5)

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

Blatt 2: Für Unterlagen des Krematoriums/Verbleib bei der Leiche bei Überführung ins Ausland	<h2 style="margin: 0;">Bescheinigung über die zweite Leichenschau</h2>	(Illa, DIN A5)
Personalangaben		
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Standesamt
Geburtsdatum, Geburtsort	Wird v om Gesundheitsamt ausgefüllt	Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
Sterbedatum, Sterbeort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer
Ggf. Anmerkungen zu Erkenntnissen aus der zweiten Leichenschau bzw. Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod		
<input type="checkbox"/> Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 ist die Todesart ungeklärt bzw. liegen <u>Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod</u> vor.		
<input type="checkbox"/> Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 bescheinige ich, dass <u>keine</u> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.		
Ort und Datum der zweiten Leichenschau	Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes	

Blatt 3: für die Obduktion		Bescheinigung über die zweite Leichenschau		(altgold, DIN A5)
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				
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>				
<input type="checkbox"/> Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 ist die Todesart ungeklärt bzw. liegen <u>Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod</u> vor.				
<input type="checkbox"/> Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 bescheinige ich, dass <u>keine</u> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.				
Ort und Datum der zweiten Leichenschau		Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes		

Blatt 4: Arztdoppel		Bescheinigung über die zweite Leichenschau		(grün, DIN A5)
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				
<input type="checkbox"/> 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.				
<input type="checkbox"/> Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 bescheinige ich, dass <u>keine</u> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.				
Ort und Datum der zweiten Leichenschau			Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes	

<p>Staat: BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND État: RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE State: FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY Estado: REPÚBLICA FEDERAL DE ALEMANIA Stato: REPUBBLICA FEDERALE DI GERMANIA Staat: BONDSREPUBLIEK DUITSLAND Devlet: FEDERAL ALMANYA CUMHURİYETİ Država: SAVEZNA REPUBLIKA NJEMAČKA Estado: REPÚBLICA FEDERAL DA ALEMANHA Χώρα: ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ</p>	<p>Bezeichnung der Behörde</p>
<p style="text-align: center;">Leichenpass Carte mortuaire - Corpse transport permit - Pasaporte para cadaver - Passaporto Mortuario - Lijkepas - Ölü Gecis Belgesi - Mrtvacki pasos - Autorização de transporte de cadaver - Άδεια μετάφορας σωρού</p>	
<p>Nachdem alle gesetzlichen Vorschriften über die Einsargung beachtet worden sind, soll die Leiche von 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 amontajamiento, 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 - Έχοντας τηρήσει τις διαδικασίες που προβλέπονται από τον Νόμο, τοποθετήκε στο φέρετρο η σωρός του</p>	
<p>Familienname, ggf. Geburtsname, Vornamen des Verstorbenen 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 - ölüün soyadı, gerektilinde doğuştaki, soyadı, adları - prezime, svtl. rođeno ime, imena umrloga - apelido, evt. nome de solteira, nome próprio do defunto - επώνυμο, γένος επί εγγάμων γυναικών, όνομα</p>	
<p>verstorben am décédé le - who died on - fallecido el - morto il - gestorven op - ölüm tarihi - umrlog/umrlje dana - morto a - θανάω/θανούσα την</p>	
<p>in à -in - en - a - in ölüm yeri - u - em - εις</p>	
<p>an (Todesursache) ^{1) 2)} de (cause du décès) - of (cause of death) - de (causa de la defunción) - di (causa della morte) - op (doodsoorzaak) - ölüm nedeni - od (razlog smrti) - de (causa da morte) - από (αίτια θανάτου)</p>	
<p>im Alter von Jahren (wenn möglich genaues Geburtsdatum) 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 ölüdüü (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)</p>	
<p>durch (Beförderungsmittel) 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 naklolunduü - sa prevozno sredstvo - será transportado por (meio de transporte) - θα μεταφερθεί (μέσον μεταφοράς)</p>	
<p>von (Absendeort) de (lieu de départ) - from (place of dispatch) - de (lugar de despacho) - da (luogo di partenza) - van (plaats van verzending) - nereden gönderildiü - od (mjesto ođišljanja) - de (lugar de expedição) - από (τόπος εκκινήσεως)</p>	
<p>über (Strecke) via (route) - via (state route) - a través de (a trayecto) - via (strada da percorrere) - via (naar traject) - gönderildiü yol (güzergâh) - preko u relacija - via para - διασχίζοντας</p>	
<p>nach (Bestimmungsort) befördert werden. à (lieu de destination) - to (point of destination) - lugar de destino - luogo di destinazione - plaats van bestemming getransporteerd te worden - gideceü yer - odredište - lugar de destino final - εις (ακριβή τόπο προορισμού)</p>	
<p>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. 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 dei paesi di transito sono pregate di farlo passare liberamente e senza alcun impedimento. - Aangezien dit lijtransport 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 yapılđığı ölkelerin resmi makamlarından, cenazeyi serbest olarak ve engellemeksizin geçirme 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>	
<p>Ort, Datum</p> <p style="text-align: center;">(Siegel)</p>	

(Rückseite)

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, RGBl 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 beigelegt 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.

Impressum

Herausgeber:

Bayerische Staatskanzlei, Franz-Josef-Strauß-Ring 1, 80539 München

Postanschrift: Postfach 220011, 80535 München

Telefon: +49 (0)89 2165-0, E-Mail: direkt@bayern.de

Technische Umsetzung:

Bayerische Staatsbibliothek, Ludwigstraße 16, 80539 München

Druck:

Justizvollzugsanstalt Landsberg am Lech, Hindenburgring 12, 86899 Landsberg am Lech

Telefon: +49 (0)8191 126-725, Telefax: +49 (0)8191 126-855, E-Mail: druckerei.ii@jv.bayern.de

ISSN 2627-3411

Erscheinungshinweis / Bezugsbedingungen:

Das Bayerische Ministerialblatt (BayMBl.) erscheint nach Bedarf, regelmäßiger Tag der Veröffentlichung ist Mittwoch. Es wird im Internet auf der Verkündungsplattform Bayern www.verkuendung.bayern.de veröffentlicht. Das dort eingestellte elektronische PDF/A-Dokument ist die amtlich verkündete Fassung. Die Verkündungsplattform Bayern ist für jedermann kostenfrei verfügbar.

Ein Ausdruck der verkündeten Amtsblätter kann bei der Justizvollzugsanstalt Landsberg am Lech gegen Entgelt bestellt werden. Nähere Angaben zu den Bezugsbedingungen können der Verkündungsplattform Bayern entnommen werden.