

Blatt 2: Gesundheitsamt Personalangaben

Leichenschauschein - Vertraulicher Teil - Bitte keine Abkürzungen verwenden

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt		
Straße, Hausnummer			Sterbebuch-Nr.		
PLZ, Wohnort, Kreis			Vormerklisten-Nr.		
Geburtsdatum Tag Monat Jahr		Geburtsort		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Zeitpunkt des Todes Tag Monat Jahr Std. Min.		ggf. Zeitraum des Todes		ggf. zuletzt lebend gesehen Tag Monat Jahr Std. Min.	
Ort des Todes <input type="checkbox"/> ggf. Auffindungsort <input type="checkbox"/>		Straße, Hausnummer, Name des Krankenhauses o. ä.		PLZ, Ort, Kreis	
Todesart <input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nichtnatürlicher Tod <input type="checkbox"/> ungeklärt		Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zusatzangaben bei Totgeborenen nach Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats <input type="checkbox"/> als tote Leibesfrucht geboren <input type="checkbox"/> in der Geburt verstorben		Gewicht		Gramm Länge cm	
Letzte Behandlung durch: Ärztin oder Arzt, Krankenhaus, Hausärztin oder Hausarzt					
Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, Telefax					

Sichere Zeichen des Todes

Totenstarre Totenflecke Fäulnis Hirntod Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar Reanimationsbehandlung ja nein

Natürlicher Tod

Todesursache / Klinischer Befund Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen		Zeitdauer zwischen Krankheitsbeginn und Tod		ICD-Code	
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit (letztliche Todesursache)		a) unmittelbare Todesursache			
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)		b) als Folge von			
Grundleiden		c) als Folge von			
II. Andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen					

Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise) sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung

<input type="checkbox"/> Nichtnatürlicher Tod		Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)		(bei Verkehrsunfällen auch die Fortbewegungsart des Unfallopfers ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Selbsttötung <input type="checkbox"/> Unfalltod		<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall		<input type="checkbox"/> PKW-Fahrer <input type="checkbox"/> PKW-Beifahrer	
<input type="checkbox"/> Tötung		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall)		<input type="checkbox"/> LKW-Fahrer <input type="checkbox"/> LKW-Beifahrer	
		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall (auf nicht öffentl. Verkehrsweg)		<input type="checkbox"/> Fahrer eines sonstigen KFZ	
		<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)		<input type="checkbox"/> Fahrradfahrer <input type="checkbox"/> Fahrradmitfahrer	
		<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)		<input type="checkbox"/> Motorradfahrer <input type="checkbox"/> Motorradmitfahrer	
		<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)		<input type="checkbox"/> Fußgänger	
		<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall			
<input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart					
Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache)		z. B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.		ICD-Code	

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache (Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod)
z. B. bei Unfall (Sturz), Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikation medizinischer Behandlung

Außere Ursache der Schädigung (Angaben über Hergang) ICD-Code

Bei Vergiftung: Angabe des Mittels E

Angaben über den Ort des Ereignisses

Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit **Angabe der Krankheit**

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge bei der Geburt cm		Geburtsgewicht g	
Bei Neugeborenen, verstorben innerhalb der ersten 24 Stunden		Frühgeburt <input type="checkbox"/> ja		Schwangerschaftswoche		Lebensdauer Stunden/Minuten	
Bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor <input type="checkbox"/> ja, im -ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		Erfolgte im letzten Jahr eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		Entbindungsdatum	

Ärztliche Bescheinigung
Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben.
Gegen eine Überführung bestehen - soweit bekannt - keine seuchenrechtlichen Bedenken.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau Unterschrift, Namensstempel und Tel.-Nr. der Ärztin oder des Arztes