

Gesundheitsamt/
berechtigte Ärztin, berechtigter Arzt

Stempel mit Anschrift

Bescheinigung über die Zweite Leichenschau

Nach Prüfung des Leichenschauscheins der Ersten Leichenschau, der zur Feuerbestattung vorliegenden Papiere und nach Vornahme der Zweiten Leichenschau bescheinige ich, dass Anhaltspunkte dafür, dass der Tod der/des

Name, Vorname _____

geboren am _____ in _____

gestorben am _____ in _____

auf gewaltsame Weise – durch strafbare Handlung – herbeigeführt wurde, nicht gefunden wurden.

Ich schließe mich der Ansicht des behandelnden Arztes über die Todesursache an.

Ich schließe mich der Ansicht des behandelnden Arztes über die Todesursache nicht an.

Festgestellte Todesursache: _____

Ort, Datum

Name, Dienstbezeichnung

Unterschrift