

Blatt 2: Statistisches Landesamt

Todesbescheinigung

Zutreffendes ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		Wird vom Standesbeamten ausgefüllt	Standesamt		
Straße, Hausnummer					Sterbefall Sterbebuch-Nr.		
PLZ, Wohnort, Kreis					beurkundet: Geburtenbuch-Nr.		
Geburtsdatum		Geburtsort		Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.			
Tag		Monat		Jahr		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Sterbeort		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis					
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald					
Auffindungsort							
Sterbezeitpunkt		Std.		Min.		oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar	
Tag		Monat		Jahr			
Sterbezeitraum		Tag		Monat		Jahr	
zwischen		Std.		Min.		und	
		Tag		Monat		Jahr	
		Std.		Min.			

WARNHINWEISE

Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt <input type="text"/> cm Geburtsgewicht <input type="text"/> g
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollendeten Stunden <input type="text"/>
bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> -ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sichere Zeichen des Todes:			
<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
<input type="checkbox"/> Reanimationsbehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Hirntod

Todesursache, klinischer Befund

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen

I unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) Todesursache	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10	
	b) als Folge von c)			
vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	c) Grundleiden			
II <u>andere</u> wesentliche Krankheiten				
Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen				

Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

Todesart:	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart	Obduktion erforderlich:
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod

Komplikationen medizinischer Behandlungen	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		ICD-10 (Kapitel xx)
Unfall			
Tod durch fremde Hand	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen
Selbsttötung	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall

Ärztliche Bescheinigung: Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr

