

Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes
ankreuzen!

1 Personalangaben

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

2 Identifikation

<input type="checkbox"/> aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	---	---	--

3 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"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

4 Ort und Zeitpunkt des Todes

Sterbeort	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
Auffindungsort			
Sterbezeitpunkt	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
			oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
Sterbezeitraum	Tag	Monat	Jahr
zwischen			
	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
			Std.
			Min.
			und

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung

Blatt 2: Statistisches Landesamt

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

Zutreffendes ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		Wird vom Standesbeamten ausgefüllt	Standesamt																					
Straße, Hausnummer					Sterbefall Sterbebuch-Nr. beurkundet: Geburtenbuch-Nr.																					
PLZ, Wohnort, Kreis					Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.																					
Geburtsdatum		Geburtsort		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich																						
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> _ </td><td> _ </td><td> _ _ _ </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	_	_	_ _ _	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis																		
Tag	Monat	Jahr																								
_	_	_ _ _																								
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald																								
Sterbeort																										
Auffindungsort																										
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Std.</td><td>Min.</td> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> _ </td><td> _ </td> <td> _ </td><td> _ </td><td> _ _ _ </td> </tr> </table>		Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr	_	_	_	_	_ _ _	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar														
Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr																						
_	_	_	_	_ _ _																						
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> <td>Std.</td><td>Min.</td> </tr> <tr> <td> _ </td><td> _ </td><td> _ _ _ </td> <td> _ </td><td> _ </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	_	_	_ _ _	_	_	und <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> <td>Std.</td><td>Min.</td> </tr> <tr> <td> _ </td><td> _ </td><td> _ _ _ </td> <td> _ </td><td> _ </td> </tr> </table>					Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	_	_	_ _ _	_	_
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																						
_	_	_ _ _	_	_																						
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 <input type="checkbox"/>	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Länge bei Geburt cm Geburtsgewicht g	
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollendeten Stunden			
bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im -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:		Totenstarre <input type="checkbox"/>	Totenflecke <input type="checkbox"/>	Fäulnis <input type="checkbox"/>	Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind <input type="checkbox"/>	Hirntod <input type="checkbox"/>
		Reanimationsbehandlung <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		

Todesursache, klinischer Befund				Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod		ICD-10	
bitte nur <u>eine</u> Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen							
I unmittelbar zum Tode führende Krankheit		a) Todesursache					
vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache (unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle		b) als Folge von c)					
		c) <u>Grundleiden</u>					
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		äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		ICD-10 (Kapitel xx)	
Komplikationen medizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>				
Unfall	<input type="checkbox"/>				
Tod durch fremde Hand	<input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen	
Selbsttötung	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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:	_ _ _ _ _ _
Zeitpunkt:	_ _ _ Uhr



Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes
ankreuzen!

1 Personalangaben

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

2 Identifikation

<input type="checkbox"/> aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	---	---	--

3 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"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

4 Ort und Zeitpunkt des Todes

Sterbeort	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
Auffindungsort			
Sterbezeitpunkt	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
			oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
Sterbezeitraum	Tag	Monat	Jahr
zwischen			
	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
			Std.
			Min.
			und

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung
