

Zutreffendes bitte ankreuzen  und / oder ausfüllen

<b>1. Todesbescheinigung</b>	Nicht vollständig wegen:	Notfall-/ Rettungsdienst <input type="checkbox"/> <small>benachrichtigt wurde</small>	Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG) <input type="checkbox"/>	Blatt 1: Untere Gesundheitsbehörde
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt!</b>
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer				Gemeinde-Nr. des Standesamtes
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land	<b>Geschlecht</b> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>		Gemeinde-Nr. des Hauptwohnortes
5. Identifikation	<input type="checkbox"/> persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter	<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass	<input type="checkbox"/> keine
6. Todeszeitpunkt <small>falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
7. Todeseintritt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
8. Zeitpunkt der Leichenauffindung <small>Falls Angaben nach 6 oder 7 nicht möglich: - nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
9. Sterbeort	1 im Krankenhaus    2 zu Hause    3 im Heim    4 Transport    5 Sonstiger			
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort:			
<input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)	weitere Angaben			
10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?	nein <input type="checkbox"/>	ja: <input type="checkbox"/>	Anhaltspunkt / Grund	
Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum?	nein <input type="checkbox"/>	ja: <input type="checkbox"/>	Datum	
11. Benachrichtigt wurde	Datum		Uhrzeit	
12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt	Name, Telefonnummer, Adresse			
13. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?	nein <input type="checkbox"/>	ja: <input type="checkbox"/>	folgende Hinweise bestehen	
14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?	nein <input type="checkbox"/>	ja: <input type="checkbox"/>	folgende Hinweise bestehen	
15. Todesursache	Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, welche den Tod herbeiführt			Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand	a)			
vorausgegangene Ursachen Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle	b) bedingt durch (Folge von)			
II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen	c) Grundleiden			
16. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; äußere Ursache einer Schädigung; bei Vergiftung Angabe des Mittels				
17. Nur bei Unfällen	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall
18. Bei Frauen	a) Liegt eine Schwangerschaft vor?		ja <input type="checkbox"/>	Monat <input type="checkbox"/>
	b) Entbindung, Interruptio, Abort in den letzten 6 Wochen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>
19. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Woche <input type="checkbox"/>	Lebensdauer in vollendeten Stunden <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g	Geburtsort	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt <input type="checkbox"/> cm	Geburtsgewicht <input type="checkbox"/> g
<b>Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des BestattG zutreffen.</b>				
21. Vornahme einer inneren Leichenschau?	Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)			
<input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen.				



Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

<b>1. Todesbescheinigung</b>	Nicht vollständig wegen:	<input type="checkbox"/> Notfall-/ Rettungsdienst benachrichtigt wurde	<input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)	<b>Blatt 3: Standesamt</b>
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt!</b>
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer				Gemeinde-Nr. des Standesamtes
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land	<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Gemeinde-Nr. des Hauptwohnortes
5. Identifikation	<input type="checkbox"/> persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter	<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass	<input type="checkbox"/> keine
6. Todeszeitpunkt <small>falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
7. Todeseintritt <small>zwischen</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
8. Zeitpunkt der Leichenauffindung <small>- nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
9. Sterbeort	<input type="checkbox"/> Sterbeort	<input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)	Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort: <small>weitere Angaben</small>	
10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Anhaltspunkt / Grund	
11. Benachrichtigt wurde	Name, Telefonnummer, Adresse			Datum
12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt	Name, Telefonnummer, Adresse			
13. Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
15.	[Redacted area]			
16.	[Redacted area]			
17.	[Redacted area]			
18.	[Redacted area]			
19.	[Redacted area]			
20.	[Redacted area]			
<b>Ärztliche Bescheinigung:</b> Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des BestattG zutreffen.				
21. Vornahme einer inneren Leichenschau?	Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)			
<input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen.				

Zutreffendes bitte ankreuzen  und / oder ausfüllen

<b>1. Todesbescheinigung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nicht vollständig wegen:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Notfall-/ Rettungsdienst</b> <small>benachrichtigt wurde</small>	<input type="checkbox"/> <b>Gefahr einer Verfolgung</b> <small>(§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)</small>	<b>Blatt 4: Zweite Leichenschau</b>									
<b>2.</b> Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt!</b>									
<b>3.</b> Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer													
<b>4.</b> Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land		<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich										
<b>5. Identifikation</b>	<input type="checkbox"/> persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter	<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass	<input type="checkbox"/> keine									
<b>6. Todeszeitpunkt</b> <small>falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten	<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung						
<b>7. Todesertritt</b> <small>zwischen</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten	und	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten
<b>8. Zeitpunkt der Leichenauffindung</b> <small>- nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten							
<b>9. Sterbeort</b>	<input type="checkbox"/> 1 im Krankenhaus <input type="checkbox"/> 2 zu Hause <input type="checkbox"/> 3 im Heim <input type="checkbox"/> 4 Transport <input type="checkbox"/> 5 Sonstiger <small>Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</small>												
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort: <small>weitere Angaben</small>												
<input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)													
<b>10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		Anhaltspunkt / Grund										
<b>Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:												
<b>11. Benachrichtigt wurde</b>	Name, Telefonnummer, Adresse										Datum	Uhrzeit	
<b>12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt</b>													
<b>13. Warnhinweise</b> <small>Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		folgende Hinweise bestehen										
<b>14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		folgende Hinweise bestehen										
<b>15. Todesursache</b>	Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todesertritts, wie z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, welche den Tod herbeiführt											Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod	
<b>I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand</b>	a) _____												
<b>vorausgegangene Ursachen</b> <small>Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle</small>	b) bedingt durch (Folge von) _____												
<b>II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen</b>	c) Grundeiden _____												
<b>16. Epikrise:</b> Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; äußere Ursache einer Schädigung; bei Vergiftung Angabe des Mittels													
<b>17. Nur bei Unfällen</b>	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall		<input type="checkbox"/> Schulunfall		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall		<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall		<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall		<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall		
<b>18. Bei Frauen</b>	a) Liegt eine Schwangerschaft vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		b) Entbindung, Interruptio, Abort in den letzten 6 Wochen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Monat		<input type="checkbox"/> unbekannt		
<b>19. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind</b>	Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche		Woche		Lebensdauer in vollendeten Stunden		Stunden		unbekannt				
<b>20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g</b>	Geburtsort		Mehrlingsgeburt		Länge bei Geburt		Geburtsgewicht		g				
<b>Ärztliche Bescheinigung:</b> Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des BestattG zutreffen.													
<b>21. Vornahme einer inneren Leichenschau?</b>	Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)												
<input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen.													

Zutreffendes bitte ankreuzen  und / oder ausfüllen

<b>1. Todesbescheinigung</b>	Nicht vollständig wegen:	<input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungsdienst <small>benachrichtigt wurde</small>	<input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)	Blatt 5: Ärztin / Arzt									
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt!</b>									
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer													
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land		<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich										
5. Identifikation	<input type="checkbox"/> persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter	<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass		<input type="checkbox"/> keine								
6. Todeszeitpunkt <small>falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten	Erdbestattung		Feuerbestattung				
7. Todeseintritt <small>zwischen</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten	und	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten
8. Zeitpunkt der Leichenauffindung <small>Falls Angaben nach 6 oder 7 nicht möglich: - nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten							
9. Sterbeort	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus		<input type="checkbox"/> zu Hause		<input type="checkbox"/> im Heim		<input type="checkbox"/> Transport		<input type="checkbox"/> Sonstiger				
<small>Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</small>													
Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort: <input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt) <small>weitere Angaben</small>													
10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Anhaltspunkt / Grund													
Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:													
11. Benachrichtigt wurde Datum: _____ Uhrzeit: _____													
12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt <small>Name, Telefonnummer, Adresse</small>													
13. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: folgende Hinweise bestehen													
14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: folgende Hinweise bestehen													
15. Todesursache <small>Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, welche den Tod herbeiführt</small> Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod													
I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand a) _____ b) bedingt durch (Folge von) _____ c) Grunderkrankungen _____													
II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen													
16. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels													
17. Nur bei Unfällen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall													
18. Bei Frauen a) Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt b) Entbindung, Interruptio, Abort in den letzten 6 Wochen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt													
19. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche: _____ Woche Lebensdauer in vollendeten Stunden: _____ Stunden Geburtsort: _____ Mehrlingsgeburt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Länge bei Geburt: _____ cm Geburtsgewicht: _____ g													
20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g													
<b>Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des BestattG zutreffen.</b>													
21. Vornahme einer inneren Leichenschau? <input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen. <small>Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)</small>													