

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

1. Todesbescheinigung	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			Wird vom Standesamt ausgefüllt!
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer				Gemeinde-Nr. des Standesamtes
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land	Geschlecht 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
<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	Name, Telefonnummer, Adresse		Uhrzeit	
12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt				
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
18. Bei Frauen	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall	a) Liegt eine Schwangerschaft vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>	
19. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	b) Entbindung, Interruptio, Abort in den letzten 6 Wochen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	
20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g	Woche		Lebensdauer in vollendeten Stunden	
	Geburtsort		Mehrlingsgeburt	
	Länge bei Geburt		Geburtsgewicht	
	cm		g	
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.				
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

1. Todesbescheinigung	Nicht vollständig wegen:	<input type="checkbox"/> Notfall-/ Rettungsdienst benachrichtigt wurde	<input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)	Blatt 3: Standesamt
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			Wird vom Standesamt ausgefüllt!
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer				Gemeinde-Nr. des Standesamtes
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land	Geschlecht <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>Falls Angaben nach 6 oder 7 nicht möglich: - 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>	
		1 im Krankenhaus	2 zu Hause	3 im Heim
		4 Transport	5 Sonstiger	
<small>Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</small>				
10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Anhaltspunkt / Grund	
11. Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		
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]			
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.				
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

1. Todesbescheinigung	<input type="checkbox"/> Nicht vollständig wegen:	<input type="checkbox"/> Notfall-/ Rettungsdienst <small>benachrichtigt wurde</small>	<input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung <small>(§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)</small>	Blatt 4: Zweite Leichenschau									
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			Wird vom Standesamt ausgefüllt!									
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer													
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land		Geschlecht <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	<input type="checkbox"/> Erdbestattung	<input type="checkbox"/> Feuerbestattung					
7. Todesertritt <small>zwischen</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten	und	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten
8. Zeitpunkt der Leichenauffindung <small>- nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten							
9. Sterbeort	<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)													
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	Name, Telefonnummer, Adresse											Datum	Uhrzeit
12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt	Name, Telefonnummer, Adresse												
13. Warnhinweise <small>Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?</small>	<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	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	
I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand	a)												
vorausgegangene Ursachen <small>Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle</small>	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) Grund(e)iden												
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	<input type="checkbox"/> unbekannt						
	Geburtsort			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt	Geburtsgewicht		g				
20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	cm							
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.													
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

1. Todesbescheinigung	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		Wird vom Standesamt ausgefüllt!										
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer													
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land	Geschlecht <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	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>							
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort:		<small>weitere Angaben</small>										
<input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)													
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	Name, Telefonnummer, Adresse												
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	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) Grunderkrankungen												
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	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Woche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt								
20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g	Geburtsort	Mehrlingsgeburt	Länge bei Geburt	Geburtsgewicht									
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	cm	g										
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.													
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.													