Blatt 1: An das zuständige Standesamt

Todesbescheinigung

– Nicht-vertraulicher Teil – (grau)

Personalangaben **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer		Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
PLZ, Wohnort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer

Geburtsdatum Tag Monat Jahr | Geburtsort

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbekannt

Sterbezeitpunkt Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten ☐ Nach eigenen Feststellungen ☐ Nach Angaben von Angehörigen/Drittten

Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar
- Auffindungszeitpunkt Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten
- Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten

Kategorie Sterbeort ☐ Wohnung ☐ Stat. Pflegeeinrichtung ☐ Stat. Hospiz ☐ Einrichtung der Eingliederunghilfe ☐ Amtl. Gewahrsam ☐ Krankenhaus Angabe Station: ☐ Sonstiges

Todesart ☐ Natürlicher Tod ☐ Todesart ungeklärt ☐ Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE <u>DIESE UND DIE NÄCHSTE SEITE</u> ABTRENNEN!
(BLATT 1 UND 2 NICHT-VERTRAULICHER TEIL)

Identifikation

☐ Auf Grund eigener Kenntnis ☐ Nach Einsicht in den Personalausweis / Reisepass ☐ Nach Angaben von Angehörigen / Dritten ☐ Nicht möglich

Ort des Versterbens

☐ Sterbeort ☐ Auffindungsort (falls Sterbeort unbekannt)

Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o.ä.)

PLZ, Ort

☐ Wohnanschrift (siehe oben)

Warnhinweise

☐ Herzschrittmacher

☐ Infektionsgefahr – infektiöse Leiche (Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 1 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)

☐ Infektionsgefahr – hochkontagiöse Leiche (Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 2 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)

☐ Chemische Kontamination oder Vergiftung gem. § 16 e ChemG ☐ Radionukleide ☐ Sonstiges:

Zusatzangaben bei Totgeborenen
(Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g)

☐ Als tote Leibesfrucht geboren ☐ In der Geburt verstorben Schwangerschaftswoche: Gewicht der Leibesfrucht in g:

Ärztliche Bescheinigung **Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

Blatt 2: Verbleib bei der/dem Verstorbenen

Todesbescheinigung

– Nicht-vertraulicher Teil – (lila)

Personalangaben **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer		Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
PLZ, Wohnort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer

Geburtsdatum Tag Monat Jahr | Geburtsort

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbekannt

Sterbezeitpunkt Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten ☐ Nach eigenen Feststellungen ☐ Nach Angaben von Angehörigen/Drittten

Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar
- Auffindungszeitpunkt Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten
- Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten

Kategorie Sterbeort ☐ Wohnung ☐ Stat. Pflegeeinrichtung ☐ Stat. Hospiz ☐ Einrichtung der Eingliederunghilfe ☐ Amtl. Gewahrsam ☐ Krankenhaus Angabe Station: ☐ Sonstiges

Todesart ☐ Natürlicher Tod ☐ Todesart ungeklärt ☐ Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE UND DIE VORHERIGE SEITE ABTRENNEN!
(BLATT 1 UND 2 NICHT-VERTRAULICHER TEIL)

Identifikation

☐ Auf Grund eigener Kenntnis ☐ Nach Einsicht in den Personalausweis / Reisepass ☐ Nach Angaben von Angehörigen / Dritten ☐ Nicht möglich

Ort des Versterbens

☐ Sterbeort ☐ Auffindungsort (falls Sterbeort unbekannt)

Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o.ä.)

PLZ, Ort

☐ Wohnanschrift (siehe oben)

Warnhinweise

☐ Herzschrittmacher

☐ Infektionsgefahr – infektiöse Leiche (Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 1 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)

☐ Infektionsgefahr – hochkontagiöse Leiche (Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 2 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)

☐ Chemische Kontamination oder Vergiftung gem. § 16 e ChemG ☐ Radionukleide ☐ Sonstiges:

Zusatzangaben bei Totgeborenen
(Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g)

☐ Als tote Leibesfrucht geboren ☐ In der Geburt verstorben Schwangerschaftswoche: Gewicht der Leibesfrucht in g:

Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

Blatt 1: Gesundheitsamt

Todesbescheinigung – Vertraulicher Teil 1 – (gelb)

Personalangaben **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer		Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer
PLZ, Wohnort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer

Geburtsdatum Tag Monat Jahr | Geburtsort

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbekannt

Sterbezeitpunkt Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten ☐ Nach eigenen Feststellungen ☐ Nach Angaben von Angehörigen/Drittten

Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar
- Auffindungszeitpunkt Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten
- Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten

Kategorie Sterbeort ☐ Wohnung ☐ Stat. Pflegeeinrichtung ☐ Stat. Hospiz ☐ Einrichtung der Eingliederunghilfe ☐ Amtl. Gewahrsam ☐ Krankenhaus Angabe Station: ☐ Sonstiges

Todesart ☐ Natürlicher Tod ☐ Todesart ungeklärt ☐ Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

Sichere Zeichen des Todes

☐ Totenstarre ☐ Totenflecke ☐ Fäulnis ☐ Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar ☐ Hirntod (nur klinisch)

Reanimationsbehandlung

Reanimation: ☐ ja ☐ nein

Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt

Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort

Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letztliche Todesursache		
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von		
II. Andere wesentliche Krankheiten			

Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

☐ weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2

☐ Obduktion wird angestrebt

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung

- Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang ☐ weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2 — ICD-Code
- Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.
- Bei Vergiftung: Angabe des Mittels | Angaben über den Ort des Ereignisses

Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)

☐ Schulunfall (ohne Wegeunfall)	☐ Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	☐ Verkehrsunfall
☐ Häuslicher Unfall	☐ Sport- oder Dienstunfall (nicht in Haus oder Schule)	☐ Sonstiger Unfall

Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt? ☐ ja ☐ nein	Länge bei der Geburt in cm	Geburtsgewicht g
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind	☐ Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden Stunden	☐ unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	☐ ja, im Monat	☐ nein ☐ unbekannt
	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauteringravidität erfolgte:	☐ ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod ☐ ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod	☐ nein ☐ unbekannt

Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

Umschlag 1: Standesamt 154 x 219 mm (recycling-braun)

Stempel und Unterschrift
des Standesbeamten/der Standesbeamtin

Inliegend Todesbescheinigung
– vertraulicher Teil –

Blatt 1 (gelb), Blatt 2 (altgold) und Blatt 3 (blau)

Diesen Umschlag 1 zusammen mit dem nicht-vertraulichen Teil Blatt 1 (grau) an das <u>zuständige Standesamt</u> übergeben.

Inhalt

Blatt 1	(gelb):	Für das Gesundheitsamt
Blatt 2	(altgold):	Für die Stelle nach Art. 7 Abs. 1 des Bayerischen Krebsregistergesetzes
Blatt 3	(blau):	Für das Statistische Landesamt

Umschlag 2: Obduktion DIN C 5 (koralle)

Name, ggf. Geburtsname, Vorname der/des Verstorbenen	Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Inliegend Todesbescheinigung
– vertraulicher Teil –

Blatt 4 (rosa) für die <u>Obduktion</u>

Dieser Umschlag 2 verbleibt <u>bei der verstorbenen Person</u>. Der Umschlag darf vom Arzt der Obduktion geöffnet werden.

Inhalt

Blatt 4 (rosa): Doppel für die Obduktion
Obduktionsschein Blatt 1 bis 3 (nicht ausgefüllt)

Blatt 1: Gesundheitsamt

Todesbescheinigung

– Vertraulicher Teil 2 – (gelb)

Personalangaben **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	Geburtsort
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbekannt	

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden.

Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Fall vollständig auszufüllen!

Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

Ärztliche Bescheinigung **Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes