

Leichenschauschein

Land Berlin

- nicht vertraulicher Teil -

Blatt 0:
Standesamt**1. Personalangaben**

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname		Standesamt
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		Standesamt Storbefehl beurkundet, Sterberegistrierung Ermattung vorgemerkt, Vorterrungstermin: <input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung
Geburtsort	Geburtsdatum Tag Monat Jahr	Cheschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbekannt
		Identifikation: <input type="checkbox"/> eigene Kenntnis <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> nicht möglich

2. Zeitpunkt und Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Todeszeitpunkt bekannt	Tag Monat Jahr	Stunden Minuten	Todesursache (samm. imo Zeitpunkt der Leibesöffnung eingetragene)	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> vermutlich im Zeitraum zwischen
<input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Leichenauffindung (wenn Todeszeitpunkt unbekannt)					
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Vollständige Adresse, ggf. Name des Krankenhauses, Pflegeheims o.ä.				
<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls Sterbeort unbekannt					

3. Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt)

<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankung im Sinne der §§ 6 und 7 IfSG)	<input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. chemische Kontamination, Radioaktivität)
--	---

4. Todesart (bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod oder bei ungewisser Todesart ist die Polizei zu benachrichtigen)

<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	Wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären, und ein fremdverschulden ausgeschlossen werden kann
<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod	Bei Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewalttätigkeit (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien, oder bei ungesichertem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen
<input type="checkbox"/> Todesart ungewiss	Keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, die Todesursache ist jedoch nicht bekannt. Trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte liegen keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Erkrankung vor, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Sturz) plausibel erklären

Achtung!**Vor dem weiteren Ausfüllen ist jetzt der nicht vertrauliche Teil abzutrennen!****5. Zusatzangaben bei Totgeborenen (Totgeborene von mindestens 500 g)**

Gewicht	g
---------	---

6. Zusatzangaben bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind

Lebensdauer in Stunden	unbekannt
------------------------	-----------

Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen. Die Leichenschau erfolgte an der unbekleideten Leiche, sofern nicht die Ausnahmebestände des § 4 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes zutreffen.	Arzt/ Arzt (Ort, Datum und Uhrzeit der Leichenschau, Unterschrift und Stempel)
---	---

Leichenschauschein

Land Berlin

- vertraulicher Teil -

**Blatt 1:
Gesundheitsamt****1. Personalangaben**

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname		Standesamt
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		Sterbefall beurkundet, Sterberegisterr.
Geburtsort		
Geburtsdatum Tag Monat Jahr		Eintragung vorgemerkt, Vorkennungsstern:
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt		
Identifikation: <input type="checkbox"/> eigene Kenntnis <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Angehöriger/Orter <input type="checkbox"/> nicht möglich		<input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung

Wird vom Standesamt ausgefüllt

2. Zeitpunkt und Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Todeszeitpunkt bekannt	Tag Monat Jahr Stunden Minuten	Todesertritt (wenn links Zeitpunkt der Leichenauffindung eingetragen)	Tag Vermutlich um: Monat Jahr	Vermutlich im Zeitraum ausfüllen Tag Monat Jahr
<input type="checkbox"/> Zeitpunkt des Leichenauffindungs (Wenn Todeszeitpunkt unbekannt)	Vollständige Adresse, ggf. Name des Krankenhauses, Pflegeheims o.ä.			
<input type="checkbox"/> Sterbeort				
<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls Sterbeort unbekannt				

3. Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt)

<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankung im Sinne der §§ 6 und 7 IfSG)	<input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. chemische Kontamination, Radioaktivität)
--	---

4. Todesart (Bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod oder bei ungewisser Todesart ist die Polizei zu benachrichtigen)

<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	Wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall, plötzliche Erkrankung, und ein Fremdverschulden ausgeschlossen werden kann) bei Tod durch Unfall, Selbstmord, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewalteinwirkung (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei un erwartetem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen
<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod	Keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, die Todesursache ist jedoch nicht bekannt, trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der vorgeschichtlichen Angaben keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Erkrankung vor, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Sturz) plausibel erklären
<input type="checkbox"/> Todesart ungewiss	

5. Todesursache/Klinischer Befund

Nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesertrittes, wie z. B. Atemversagen, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verbrennung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte (keine Abkürzungen)		ICD-Code	Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit:	a) unmittelbare 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) als Folge von (Grundleiden)		
II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			
Nähere Angaben zur Todesursache und Begleiterkrankungen (Epikrise):			

6. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei nicht natürlichem Tod

Z.B. Unfall, Gewalteinwirkung, Selbstmord, Vergiftung, Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		
Bei Unfall bitte Kategorie ankreuzen	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall)
	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall

7. Zusatzangaben

Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen (Totgeborene von mindestens 500 g)	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Länge bei Geburt	cm	Geburtsgewicht	g
Wo geboren (Klinik, Hausentbindung):					
Bei Neugeborenen, die innerhalb ersten 24 Stunden verstorben sind	Lebensdauer in Stunden	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der		Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> Ja, im	Monat	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interuptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt					

8. Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Totenstarr <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Hirntod <input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
--

Zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)	Zuletzt behandelnde(r) Arztin/Arzt im Krankenhaus (Name der Ärztin/des Arztes, Anschrift und Telefon des Krankenhauses)
Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des § 4 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes zutreffen.	Ärztin/ Arzt (Ort, Datum und Uhrzeit der Leichenschau, Unterschrift und Stempel)

Leichenschauchein

Land Berlin

- vertraulicher Teil -

Blatt 2:
Amt für Statistik**1. Personangaben**

PLZ, Wohnort		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Geburtsort		Geburtsdatum Tag Monat Jahr			Identifikation: <input type="checkbox"/> eigene Kenntnis <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Offizier <input type="checkbox"/> nicht möglich

2. Zeitpunkt und Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Todeszeitpunkt bekannt	Tag Monat Jahr Stunden Minuten	Todesertritt (wenn im Haus oder in unmittelbarer Nähe des Leichensuffindung eingetragener)	Tag Monat Jahr Stunde Minute	<input type="checkbox"/> Todeszeitpunkt unbekannt	Tag Monat Jahr Stunde Minute
(Wenn Todesort/zeit unbekannt)					

3. Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt)

(Hier sind die Gefahren zu beschreiben, die von der Leiche ausgehen können, z. B. durch giftige Substanzen, Infektionsgefahr, etc.)	
---	--

4. Todesart (Bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod oder bei ungewisser Todesart ist die Polizei zu benachrichtigen!)

<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	Wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z. B. Unfall, plausibel erklären, und ein Fremdverschulden ausgeschlossen werden kann.
<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod	Bei Tod durch Unfall, Selbstmord, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewalteinwirkung (z. B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unvorhergesehenem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen
<input type="checkbox"/> Todesart ungewiss	Keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, die Todesursache ist jedoch nicht bekannt. Trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte liegen keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Erkrankung vor, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z. B. Sturz) plausibel erklären

5. Todesursache/Klinischer Befund

Nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesertrittes, wie z. B. Atemnahrung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte (keine Abkürzungen)		ICD-Code	Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit:	a) unmittelbare 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) als Folge von (Grundleiden)		
II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			
Nähere Angaben zur Todesursache und Begleiterkrankungen (Epilektie):			

6. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei nicht natürlichem Tod

Z. B. Unfall, Gewalteinwirkung, Selbstmord, Vergiftung, Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		
Bei Unfall bitte Kategorie ankreuzen	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall)
	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall

7. Zusatzangaben

Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen (Totgeborene von mindestens 500 g)	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
bei Neugeborenen, die innerhalb 24 Stunden verstorben sind	Lebensdauer in Stunden Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> Ja, im Monat <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interuptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt

8. Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Hirntod	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
---	---

Zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)	Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus (Name der Ärztin/des Arztes, Anschrift und Telefon des Krankenhauses)
---	---

Ärztliche Bescheinigung:

Ich bestätige hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen. Die Leichenschau erfolgte an der unbekleideten Leiche, sofern nicht die Ausnahmebestände des § 6 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes zutreffen.

Ärztin/ Arzt (Ort, Datum und Uhrzeit der Leichenschau, Unterschrift und Stempel)

Leichenschauschein

Land Berlin

- vertraulicher Teil -

Blatt 3: Verbleibt bei der Leiche**1. Personalangaben**

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname		[Blindensymbol]
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Geburtsort		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt		Identifikation: <input type="checkbox"/> eigene Kenntnis <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> nicht möglich
Geburtsdatum Tag Monat Jahr		

2. Zeitpunkt und Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Todeszeitpunkt bekannt	Tag Monat Jahr	Stunden Minuten	Todesertriff (wenn Ertritt Zeitpunkt der Leichenauffindung eingetragen)	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
<input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Leichenauffindung (Wenn Todeszeitpunkt unbekannt)	Tag Monat Jahr			Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Vollständige Adresse, ggf. Name des Krankenhauses, Pflegeheims o.ä.				
<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls Sterbeort unbekannt					

3. Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt)

<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankung im Sinne der §§ 6 und 7 IfSG)	<input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. chemische Kontamination, Radioaktivität)
--	---

4. Todesart (Bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod oder bei ungewisser Todesart ist die Polizei zu benachrichtigen!)

<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	Wenn konkrete Befunde für eine lebensbedingliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall, plausibel) erklären, und ein Fremdverschulden ausgeschlossen werden kann
<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod	Bei Tod durch Unfall, Zeitmordung, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewalttätigkeit (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unerwartetem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen
<input type="checkbox"/> Todesart ungewiss	Keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, die Todesursache ist jedoch nicht bekannt. Trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte liegen keine konkreten Befunde einer lebensbedinglichen Erkrankung vor, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Sturz) plausibel erklären

5. Todesursache/Klinischer Befund

Nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesertrittes, wie z. B. Atemnähung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte (keine Abkürzungen)		ICD-Code	Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit:		a) unmittelbare 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) als Folge von (Grundleiden)	
II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen.			
Nähere Angaben zur Todesursache und Begleiterkrankungen (Epilektie):			

6. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei nicht natürlichem Tod

Z.B. Unfall, Gewalteinwirkung, Selbsttötung, Vergiftung, Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		
Bei Unfall bitte Kategorie ankreuzen	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall (einisch. Wegeunfall)
	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall

7. Zusatzangaben

Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen (Tätgeborene von mindestens 500 g)		Mehrfachgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Länge bei Geburt	cm	Geburtsgewicht	g
		Wo geboren (Klinik, Hausbindung):				
bei Neugeborenen, die innerhalb ersten 24 Stunden verstorben sind		Lebensdauer in Stunden	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der		Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> Ja, im		Monat	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
		Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interuptio, ein Abort?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

8. Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Hirntod	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

Zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)	Zuletzt behandelnde(r) Arztin/Arzt im Krankenhaus (Name der Ärztin/des Arztes, Anschrift und Telefon des Krankenhauses)
Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen. Die Leichenschau erfolgte an der unbelebten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des § 6 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes zutreffen.	Ärztin/ Arzt (Ort, Datum und Uhrzeit der Leichenschau, Unterschrift und Stempel)

Zutreffendes bitte ankreuzen X und/oder in Blockschrift ausfüllen

Sektionsbefund

Nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesertrittes, wie z. B. Atemlähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verpflüchtung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte (keine Abkürzungen)	ICD-Code	Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit:	a) unmittelbare 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) als Folge von (Grundleiden)	
II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen		
Nähere Angaben zur Todesursache und Begleiterkrankungen (Epikrise):		

Ort, Datum der Sektion, Unterschrift der Pathologin/des Pathologen

Stempel der Pathologin/des Pathologen, Telefon, Einrichtung

Bei abweichendem Ergebnis der Sektion von den Eintragungen auf dem Leichenschauchein bitte Kopie des Befundes an das Zentralarchiv für Leichenschaucheine der Gesundheitsämter senden.

Ergeben sich bei der Sektion Zeichen für einen nicht natürlichen Tod, ist die Sektion abzubrechen und unverzüglich die Polizei zu benachrichtigen!

Leichenschauschein Land Berlin

- vertraulicher Teil -

**Blatt 4:
Arztdoppel****1. Personalangaben**

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname		[Barcode]
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	
Geburtsort Tag Monat Jahr 	Identifikation <input type="checkbox"/> eigene Kenntnis <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter	
		<input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> nicht möglich

2. Zeitpunkt und Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Todeszeitpunkt bekannt	Tag Monat Jahr	Stunden Minuten	Todeserfolg (wenn kein Zeitpunkt der Leichenauffindung angegeben)	<input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Vermutlich am <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Vermutlich im Zeitraum zwischen
<input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Leichenauffindung (wenn Todeszeitpunkt unbekannt)	Vollständige Adresse, ggf. Name des Krankenhauses, Pflegeheims o.ä.			
<input type="checkbox"/> Sterbeort				
<input type="checkbox"/> Auffindungsart, falls Sterbeort unbekannt				

3. Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt)

<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankung im Sinne der §§ 6 und 7 IfSG)	<input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. chemische Kontamination, Radioaktivität)
--	---

4. Todesart (Bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod oder bei ungewisser Todesart ist die Polizei zu benachrichtigen!)

<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	Wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären, und ein Fremdverschulden ausgeschlossen werden kann
<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod	Bei Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewaltwirkung (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unerwartetem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen
<input type="checkbox"/> Todesart ungewiss	Keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, die Todesursache ist jedoch nicht bekannt, trotz sorgfältiger Untersuchung und Erhebung der Vorgeschichte liegen keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Erkrankung vor, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Sturz) plausibel erklären

5. Todesursache/Klinischer Befund

Nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesmittels, wie z. B. Atemmähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verbrennung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte (keine Abkürzungen)		ICD-Code	Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit:			
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle		a) unmittelbare Todesursache	
		b) als Folge von	
		c) als Folge von (Grundleiden)	
II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			
Nähere Angaben zur Todesursache und Begleiterkrankungen (Epikrise):			

6. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei nicht natürlichem Tod

Z.B. Unfall, Gewaltwirkung, Selbsttötung, Vergiftung, Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		
Bei Unfall bitte Kategorie ankreuzen	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall)
	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall

7. Zusatzangaben

Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen (Totgeborene von mindestens 500 g)		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Länge bei Geburt	cm	Geburtsgewicht	g
Wo geboren (Klinik, Hausentbindung):						
Bei Neugeborenen, die innerhalb ersten 24 Stunden verstorben sind	Lebensdauer in Stunden	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> unbekannt		
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> Ja, im	Monat	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unbekannt	
	Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interuptio, ein Abort?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> unbekannt		

8. Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Hirntod	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

Zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)	Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus (Name der Ärztin/des Arztes, Anschrift und Telefon des Krankenhauses)
Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckelten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des § 6 Absatz 2 des Bestattungsgesetzes zutreffen.	Ärztin/ Arzt (Ort, Datum und Uhrzeit der Leichenschau, Unterschrift und Stempel)



Umschlag 1

Inliegend Blatt 1 und 2 des Leichenschauscheins

1. An das zuständige Standesamt
2. An das zuständige Gesundheitsamt



Umschlag 2

Inliegend Blatt 3 des Leichenschauscheins zum Verbleib bei der Leiche

Der Umschlag darf nur von der zuständigen ärztlichen Person geöffnet werden:

1. bei Sektion oder Leichenöffnung (Eintrag des Befundes der Untersuchung auf der Rückseite von Blatt 3)
2. zur Durchführung der zweiten Leichenschau vor Feuerbestattung nach § 20 Bestattungsgesetz
3. vom Zentralarchiv für Leichenschauscheine der Gesundheitsämter.

Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt) z.B. Ansteckungsgefahr, chemische Kontamination, Radioaktivität (wenn ja, bitte ankreuzen und näher bezeichnen):

Schutzmaßnahmen erforderlich!

Für den Leichenbestatter:

Falls sich dieser Umschlag zum Zeitpunkt der Bestattung noch bei der Leiche befindet: Bitte leiten Sie den Umschlag unverzüglich nach der Bestattung an das Zentralarchiv für Leichenschauscheine der Gesundheitsämter weiter!

Umschlag 1

Inliegend Blatt 1 und 2 des Leichenschauscheins

1. An das zuständige Standesamt
2. An das zuständige Gesundheitsamt

Umschlag 2

Inliegend Blatt 3 des Leichenschauscheins zum Verbleib bei der Leiche

Der Umschlag darf nur von der zuständigen ärztlichen Person geöffnet werden:

1. bei Sektion oder Leichenöffnung (Eintrag des Befundes der Untersuchung auf der Rückseite von Blatt 3)
2. zur Durchführung der zweiten Leichenschau vor Feuerbestattung nach § 20 Bestattungsgesetz
3. vom Zentralarchiv für Leichenschauscheine der Gesundheitsämter.

Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt) z.B. Ansteckungsgefahr, chemische Kontamination, Radioaktivität (wenn ja, bitte ankreuzen und näher bezeichnen):

Schutzmaßnahmen erforderlich!

Für den Leichenbestatter:

Falls sich dieser Umschlag zum Zeitpunkt der Bestattung noch bei der Leiche befindet: Bitte leiten Sie den Umschlag unverzüglich nach der Bestattung an das Zentralarchiv für Leichenschauscheine der Gesundheitsämter weiter!

Vorläufige Todesbescheinigung

Land Berlin

Blatt 1:
Für die Leichenschau
(verbleibt bei der Leiche)

Nach § 3 Absatz 3 des Bestattungsgesetzes können sich in der Notfallrettung tätige Ärztinnen und Ärzte auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken, wenn sie durch die Durchführung der Leichenschau an der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Notfallrettung gehindert werden. Die unterzeichnende Ärztin / der unterzeichnende Arzt ist verpflichtet, die weiteren Maßnahmen zur Erstellung des Leichenschauscheins zu veranlassen.

1. Personalangaben

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsort

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

Geschlecht

 männlich weiblich unbestimmt

Identifikation:

 eigene Kenntnis Ausweis/Pass Angaben Angehöriger/Dritter nicht möglich**Nicht zur Vorlage
beim
Standesamt!****2. Zeitpunkt und Ort des Todes** Todeszeitpunkt bekannt Zeitpunkt der Leichenauffindung

(Wenn Todeszeitpunkt unbekannt)

tag

Monat

Jahr

Stunden

Minuten

Todeszeitpunkt

(Wenn kein Zeitpunkt
der Leichenauffindung
eingetragen) Vermutlich am:

tag

Monat

Jahr

 Vermutlich im Zeitraum zwischen:

tag

Monat

Jahr

und

 Sterbeort Auffindungsort, falls Sterbeort
unbekannt

Vollständige Adresse, ggf. Name des Krankenhauses, Pflegeheims o.ä.

3. Sichere Zeichen des Todes Totenflecke Totenstarre Fäulnis Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind Sichere Feststellung des Todes nach Durchführung aller dem Stand der Wissenschaft entsprechenden erforderlichen Maßnahmen
(bitte näher bezeichnen):**4. Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt)** Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankung im Sinne der §§ 6 und 7 IfSG) sonstiges (z.B. chemische Kontamination, Radioaktivität)**5. Benachrichtigungspflichten** Auf Grund von Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod (§ 6 Absatz 2 Bestattungsgesetz)

(Bei Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewalteinwirkung (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unerwartetem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen)

 Auf Grund einer unbekanntem Leiche (§ 5 Bestattungsgesetz)wurde die Polizei benachrichtigt um: Stunden Minuten**Bis zum Eintreffen der Polizei muss eine Einsatzkraft der Notfallrettung bei der Leiche bleiben.** Es ergaben sich keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod. Zur Durchführung der vollständigen Leichenschau wurde benachrichtigt
(Name der Ärztin/des Arztes oder des Leichenschauendienstes).Uhrzeit der Benachrichtigung: Stunden Minuten**Bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes muss die Aufsicht über die Leiche durch Angehörige, eine Einsatzkraft der Notfallrettung oder Dritte sichergestellt werden.****Hiermit bescheinige ich den Tod und die oben gemachten Angaben**

Ort, Datum, Unterschrift

Nummer des Einsatzfahrzeuges:

Name der Ärztin/des Arztes, Name, Anschrift und Telefonnummer der Dienststelle

Vorläufige Todesbescheinigung Land BerlinBlatt 2:
Arztdoppel

Nach § 3 Absatz 3 des Bestattungsgesetzes können sich in der Notfallrettung tätige Ärztinnen und Ärzte auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken, wenn sie durch die Durchführung der Leichenschau an der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Notfallrettung gehindert werden. Die unterzeichnende Ärztin /der unterzeichnende Arzt ist verpflichtet, die weiteren Maßnahmen zur Erstellung des Leichenschauzeichens zu veranlassen.

1. Personalangaben

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname		Nicht zur Vorlage beim Standesamt!
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Geburtsort		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt		Identifikation: <input type="checkbox"/> eigene Kenntnis <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> nicht möglich
Geburtsdatum Tag Monat Jahr		

2. Zeitpunkt und Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Todeszeitpunkt bekannt	Tag Monat Jahr	Stunden Minuten	Todesereignis (wenn kein Zeitpunkt der Leichenauffindung eingetragen)	<input type="checkbox"/> Vermutung am: Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Vermutlich im Zeitraum zwischen: Tag Monat Jahr und Tag Monat Jahr
<input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Leichenauffindung (Wenn Todeszeitpunkt unbekannt)	Vollständige Adresse, ggf. Name des Krankenhauses, Pflegeheim o.ä.				
<input type="checkbox"/> Sterbeort					
<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls Sterbeort unbekannt					

3. Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
<input type="checkbox"/> Sichere Feststellung des Todes nach Durchführung aller dem Stand der Wissenschaft entsprechenden erforderlichen Maßnahmen (bitte näher bezeichnen):			

4. Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt)

<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankung im Sinne der §§ 6 und 7 IfSG)	<input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. chemische Kontamination, Radioaktivität)
--	---

5. Benachrichtigungspflichten

<input type="checkbox"/> Auf Grund von Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod (§ 6 Absatz 2 Bestattungsgesetz) (Bei Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch strahlene Handlung, sonstige Gewalttätigkeit (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unerwartetem Tod in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen)
<input type="checkbox"/> Auf Grund einer unbekanntem Leiche (§ 5 Bestattungsgesetz) wurde die Polizei benachrichtigt um: [] [] [] Stunden Minuten Bis zum Eintreffen der Polizei muss eine Einsatzkraft der Notfallrettung bei der Leiche bleiben.
<input type="checkbox"/> Es ergaben sich keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod. Zur Durchführung der vollständigen Leichenschau wurde benachrichtigt (Name der Ärztin/des Arztes oder des Leichenschauendienstes). Uhrzeit der Benachrichtigung: [] [] [] Stunden Minuten Bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes muss die Aufsicht über die Leiche durch Angehörige, eine Einsatzkraft der Notfallrettung oder Dritte sichergestellt werden.

Hiermit bescheinige ich den Tod und die oben gemachten Angaben
Ort, Datum, Unterschrift

Nummer des Einsatzfahrzeuges:

Name der Ärztin/des Arztes, Name, Anschrift und Telefonnummer der Dienststelle