

**Leichenschauschein**

Land Berlin

- nicht vertraulicher Teil -

Blatt 0:  
Standesamt**1. Personalangaben**

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname		Standesamt
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		Standesamt Standesamt Standesamt
Geburtsort		
Geburtsdatum Tag    Monat    Jahr		Standesamt Standesamt Standesamt
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	Todesort (jeweils im Zusammenhang mit Leibesöffnung eingetragen)	Tag    Monat    Jahr	Uhrzeit (jeweils im Zusammenhang mit Leibesöffnung)
<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
------------------------	-----------

<b>Ärztliche Bescheinigung:</b> 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.	<b>Arzt/ Arz (Ort, Datum und Uhrzeit der Leichenschau, Unterschrift und Stempel)</b>
---	--

**Leichenschauschein**

Land Berlin

- vertraulicher Teil -

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

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname		Wird vom Ständesamt eingetragene(r)	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegistr.
PLZ, Wohnort			Eintragung vorgemerkt, Vorkennungsstnr.:
Geburtsort	Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung
Identifikation:		<input type="checkbox"/> eigene Kenntnis <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Angehöriger/Orter <input type="checkbox"/> nicht möglich	

**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)

**Leichenschauschein**

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		Standesamt Sterbefall beurkundet, Sterberegistrierung Eintragung vorgemerkt, Vormerkungslisten: <input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung
Geburtsort		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	Todesereignis (wenn im Fall der Leichenauffindung eingetragen)	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten	Todesereignis im Zeitraum ausserhalb (wenn Todeszeitpunkt unbekannt)	Tag	Monat	Jahr
---	-----	-------	------	---------	---------	---	-----	-------	------	---------	---------	---	-----	-------	------

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

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

**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 unvollständigem Tod in Zusammenhang mit anderen 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 Todesereignisses, 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 (Grunddiagnose) an letzter Stelle	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grunddiagnose)		
II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grunddiagnose 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
bei Neugeborenen, die innerhalb 24 Stunden verstorben sind	Lebensdauer in Stunden <input type="text"/> Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> Ja, im <input type="text"/> 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:**  
Z.B. Unfall, Gewalteinwirkung, Selbstmord, Vergiftung, Komplikationen medizinischer Behandlungen

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, Zeitmangel, 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
<b>I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit:</b>			
	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)		
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten:</b> 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 unbekleideten Leiche, sofern nicht die Ausnahmefälle 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

<b>Sektionsbefund</b>
-----------------------

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		QR-CODE
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	
Geburtsort	Geburtsdatum 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	Todeserfähr (wenn kein Zeitpunkt der Leichenauffindung eingetragen)	<input type="checkbox"/> Tag	vermutlich am   Monat   Jahr	<input type="checkbox"/> vermutlich im Zeitraum zwischen Tag   Monat   Jahr
<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 Fremdvorsprechen 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. Atemmähnung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte (keine Abkürzungen)		ICD-Code	Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
<b>I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit:</b>			
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)	
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen</b>			
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**

<b>Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen</b> (Totgeborene von mindestens 500 g)		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Länge bei Geburt	cm	Geburtsgewicht	g
Wo geboren (Klinik, Hausentbindung):						
<b>Bei Neugeborenen, die innerhalb ersten 24 Stunden verstorben sind</b>	Lebensdauer in Stunden	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> unbekannt		
<b>Bei Frauen</b>	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		<b>Nicht zur Vorlage beim Standesamt!</b>
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt
Geburtsort	Geburtsdatum Tag    Monat    Jahr	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	Todeszeitpunkt (wenn kein Zeitpunkt der Leichenauffindung eingetragen)	<input type="checkbox"/> vermutlich am:	Tag	Monat	Jahr	<input type="checkbox"/> vermutlich im Zeitraum zwischen:	Tag	Monat	Jahr	
<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. 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 strafbare Handlung, sonstige Gewalteinwirkung (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 <b>Bei zum Eintreffen der Polizei muss eine Einsatzkraft der Notfallrettung bei der Leiche bleiben.</b> <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 <b>Bei zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes muss die Aufsicht über die Leiche durch Angehörige, eine Einsatzkraft der Notfallrettung oder Dritte sichergestellt werden.</b>

<b>Hiermit bescheinige ich den Tod und die oben gemachten Angaben</b> 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 Leichenschauscheins zu veranlassen.

**1. Personalangaben**

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname		<b>Nicht zur Vorlage beim Standesamt!</b>
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"/> Vermutlich 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 strahlende Wirkung, sonstige Gewalteinwirkung (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtfällen 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 <b>Bis zum Eintreffen der Polizei muss eine Einsatzkraft der Notfallrettung bei der Leiche bleiben.</b>
<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 <b>Bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes muss die Aufsicht über die Leiche durch Angehörige, eine Einsatzkraft der Notfallrettung oder Dritte sichergestellt werden.</b>

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