Für Ehegatten gez. Spatz

Blatt 3: Verbleibt bei der Leiche (Obduktionsdoppel)

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

Personalangaben

Name, gef. Geburtsname	Moneymaker, geb Müller
Vorname	Michael Markus
Straße, Hausnummer	Schwägrichenstr. 4
PLZ, Wohnort, Kreis	04107 Leipzig
Geburtsdatum (Tag Monat Jahr)	18 03 1984
Geburtsort	Leipzig
Geschlecht:	X männlich ☐ weiblich

Sterbeort	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis
falls Sterbeort nicht bekannt **Auffindungsort**	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald: Cospudener See, Hängematte am Kaffeefahrrad

Sterbezeitpunkt (Std. Min. Tag Monat Jahr) — **oder:** falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar

Sterbezeitraum zwischen: 27.07.2024 15:00 und 27.07.2024 16:15

WARNHINWEISE

Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG) ☐ — Sonstiges (z. B. Radioaktivität) ☐

bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt	☐ ja	☐ nein	Mehrlingsgeburt	☐ ja	☐ nein	**Länge bei Geburt**	☐ cm	**Geburtsgewicht** ☐ g
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	☐ Frühgeburt in der	☐	Schwangerschaftswoche				Lebensdauer in vollendeten Stunden		
bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	☐ ja, im	☐ -ten Monat	☐ nein	☐ unbekannt				
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?	☐ ja	☐ nein						

zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt Name: Dr. Hollundrich	Telefon: /
zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus Name:	Telefon:

Sichere Zeichen des Todes: ☐ Totenstarre ☐ Totenflecke ☐ Fäulnis ☐ Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind ☐ Hirntod

Reanimationsbehandlung: X ja ☐ nein

Todesursache, klinischer Befund

bitte nur **eine** Todesursache je Feld, **nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen**

			Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10
I	unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) Todesursache: Herzinfarkt		
	vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von c): Wechselwirkung mit Herztabletten	/	
		c) **Grundleiden**: Herzerkrankung, Bericht folgt		
II	andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			
		Allergie Nüsse		

Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

Todesart: ☐ natürlicher Tod ☐ nicht natürlicher Tod (auch Verdacht) X ungeklärte Todesart

Obduktion erforderlich: X ja ☐ nein

Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod

Komplikationen medizinischer Behandlungen	X	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		ICD-10 (Kapitel xx)
Unfall	☐			
Tod durch fremde Hand	☐	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
Selbsttötung	☐	☐ Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	☐ Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	☐ Industrieanlagen, Baustellen
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt	X	☐ häuslicher Unfall	☐ Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	☐ Landwirtschaftlicher Betrieb
		☐ Verkehrsunfall	☐ Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	☐ sonstiger Unfall

Ärztliche Bescheinigung: Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:

Datum: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Zeitpunkt: ☐☐:☐☐ Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung

CONFIDENTIALCONFIDENTIALCONFIDENTIALCONFIDENTIALCONF
IDENTIALCONFIDENTIALCONFIDENTIALCONFIDENTIALCONFIDENTIAL
CONFIDENTIALCONFIDENTIALCONFIDENTIALCONFIDENTIALCONFIDENTIAL