

Leitfaden

Ausstellung der Todesbescheinigung für die zweite Leichenschau und Workflow-Plan

Links:

Muster im Vollzug der Bestattungsverordnung (bis 16. März 2025): https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayVV_2127_G_12131/true

Muster im Vollzug der Bestattungsverordnung (ab 17. März 2025): <https://www.verkuendung-bayern.de/baymb/2025-99/>

Leitfaden:

Nach dem Workflow-Plan der Todesbescheinigungen ist es vorgesehen, dass dem Leichnam im Krematorium ein roter Umschlag (Umschlag 2) beiliegt. Workflow-Plan und Inhalt werden außen auf dem Inhalt des Umschlags geschildert:

Umschlag 2: Obduktion und zweite Leichenschau DIN C 5 (koralle)									
Name, ggf. Geburtsname, Vorname der/des Verstorbenen							Geburtsdatum		
							Tag	Monat	Jahr
Inliegend Todesbescheinigung – vertraulicher Teil –									
Blatt 4 (rosa) für <u>Obduktion und zweite Leichenschau</u> ;									
Dieser Umschlag 2 verbleibt immer <u>bei der verstorbenen Person</u> . Der Umschlag darf vom Arzt der Obduktion bzw. der zweiten Leichenschau geöffnet werden.									
Inhalt									
Blatt 4 (rosa): Doppel für Obduktion und zweite Leichenschau									
Obduktionschein Blatt 1 bis 3 (nicht ausgefüllt)									
Bescheinigung über die zweite Leichenschau Blatt 1 bis 4 (nicht ausgefüllt)									

In diesem Umschlag befindet sich dementsprechend das Doppel (Blatt 4) des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung für die Obduktion und zweite Leichenschau (**vgl. Bescheinigung links oben**):

Blatt 4: Für Obduktion und 2. Leichenschau		Todesbescheinigung – Vertraulicher Teil 1 – (rosa)	
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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt			
Sterbezeitpunkt Tag Monat Jahr Stunden Minuten		<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Auffindungszeitpunkt Tag Monat Jahr Stunden Minuten			
Kategorie Sterbeort <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Hospiz <input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Anst. Gesundheitsraum <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Angabe Station: <input type="checkbox"/> Sonstiges			
Todesart <input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod			
Sichere Zeichen des Todes <input type="checkbox"/> Totenblässe <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar <input type="checkbox"/> Hirntod (nur Kirsich)		Reanimationsbehandlung Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort			
Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund			
Bleibe nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.		Zeitraum zwischen Beginn der Krankheit und Tod	
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letzliche Todesursache	ICD-Code	
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von	ICD-Code	
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von	ICD-Code	
II. Andere wesentliche Krankheiten		ICD-Code	
Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen			
<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2 <input type="checkbox"/> 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) Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw. Bei Vergiftung: Angabe des Mittels		ICD-Code
Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	Schuldenfall (ohne Wegeunfall) Häuslicher Unfall	Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) Sport- oder Dienstunfall (nicht in Haus oder Schule)	Verkehrsunfall Sonstiger Unfall
Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern			
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrfingsgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei der Geburt in cm	Geburtsgewicht in g
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität erfolgte: <input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod <input type="checkbox"/> unbekannt	
Ärztliche Bescheinigung			
Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten 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	

Mit diesem Doppel kann der Arzt/die Ärztin der zweiten Leichenschau die Feststellungen des Arztes/der Ärztin der ersten Leichenschau mit seinen eigenen Angaben, die auf dem Muster für die zweite Leichenschau zu vermerken sind (siehe weiter unten) abgleichen.

In dem Umschlag 2 befindet sich zudem die Bescheinigung über die zweite Leichenschau (**unausgefüllt**) in vierfacher Ausführung, mit der Sie Ihre Leichenschau durchführen:

Blatt 1: Gesundheitsamt		Bescheinigung über die zweite Leichenschau		(türkis, DIN A5)
Personalangaben		BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN		
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Standesamt		
Geburtsdatum, Geburtsort	Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer		
Sterbedatum, Sterbort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer		
Ggf. Anmerkungen zu Erkenntnissen aus der zweiten Leichenschau bzw. Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod				
<input type="checkbox"/> Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 ist die Todesart ungeklärt bzw. liegen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vor.				
<input type="checkbox"/> Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 bescheinige ich, dass keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.				
Ort und Datum der zweiten Leichenschau		Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes		

Sowie der Obduktionsschein (**unausgefüllt**) in dreifacher Ausführung:

Blatt 1: Gesundheitsamt		Obduktionsschein		(rosa, DIN A5)
Personalangaben		BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN		
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Standesamt		
Straße, Hausnummer	Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer		
PLZ, Wohnort		Beurkundung zurückgestellt, Nummer		
Geburtsdatum	Geburtsort			
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Auffindung	Geschlecht			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Tag Monat Jahr Stunden Minuten </div> <div> Uhrzeit </div> </div>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt			
<input type="checkbox"/> Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt . <input type="checkbox"/> Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt. <input type="checkbox"/> Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten keine Angaben zu Todesursache/Klinischer Befund.				
Falls Todesursache / Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten: Wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund <small>Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Koma etc. usw.</small>				
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) tatsächliche Todesursache	Zeitraum zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code	
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von			
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von			
II. Andere wesentliche Krankheiten				
Ort und Datum der Obduktion		Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Obduzierenden/Obduzenten		

Die Ärztin/der Arzt der zweiten Leichenschau übermittelt Blatt 1 der ausgefüllten Bescheinigung über die zweite Leichenschau (Bescheinigung) dem Gesundheitsamt des Sterbeorts. Blatt 2 der Bescheinigung wird im Krematorium verwahrt bzw. verbleibt bei einer Überführung ins Ausland bei der Leiche. Blatt 3 der Bescheinigung ist für den Fall einer Obduktion bestimmt. Blatt 4 der Bescheinigung, sowie Blatt 4 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung (aus der ersten Leichenschau) sind für die persönlichen Unterlagen der Ärztin/des Arztes bestimmt.

Bestehen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder ist die Todesart ungeklärt, sind Blatt 1, 2 und 3 der Bescheinigung für die zweite Leichenschau, Blatt 4 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung (aus der ersten Leichenschau) sowie die nicht ausgefüllten Blatt 1 bis 3 des Obduktionsscheins im oben aufgezigten Umschlag 2 zu verschließen und der Polizei zu übergeben.

Achtung: wichtiger Hinweis!

In der Anfangszeit ab 1. April 2025 kann es dazu kommen, dass Ärztinnen und Ärzte bei der ersten Leichenschau noch die alten Formulare verwenden. Für die Verwendung der alten Formulare gilt eine Übergangsfrist bis einschließlich 30. April 2025.

Auf dem Umschlag 2, der dem Verstorbenen beiliegt, steht dann folgendes:

<i>Umschlag 2: Obduktion DIN C 5 (koralle)</i>			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname der/des Verstorbenen		Geburtsdatum	
		Tag	Monat
		Jahr	
<p>Inliegend Todesbescheinigung – vertraulicher Teil –</p> <p>Blatt 4 (rosa) für die <u>Obduktion</u></p> <p>Dieser Umschlag 2 verbleibt <u>bei der verstorbenen Person</u>. Der Umschlag darf vom Arzt der Obduktion geöffnet werden.</p> <p>Inhalt Blatt 4 (rosa): Doppel für die Obduktion Obduktionsschein Blatt 1 bis 3</p> <p style="text-align: right;">(nicht ausgefüllt)</p>			

Selbstverständlich dürfen die Ärztinnen und Ärzte der zweiten Leichenschau diesen Umschlag trotzdem öffnen, obwohl auf diesem steht, dass er (nur) „vom Arzt der Obduktion“ geöffnet werden darf.

Blatt 4: Für die Obduktion Todesbescheinigung – Vertraulicher Teil 1 – (rosa)

Blatt 4: Für die Obduktion		Todesbescheinigung – Vertraulicher Teil 1 –		(rosa)
Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN				
Name, Ruf-, Geburtsname, Wohnort				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		
Sterbezeitpunkt		<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Tag Monat Jahr Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar:		Stunden Minuten Uhrzeit Auffindungszeitpunkt		
Tag Monat Jahr Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag Monat Jahr Stunden Minuten Uhrzeit		
Kategorie Sterbeort: <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Hospiz <input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe		Amtl. Gewahrsam Krankenhaus Angabe Station: <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Todesart: <input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod				
Sichere Zeichen des Todes Reanimationsbehandlung				
<input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar <input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch) Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.				
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit		a) letztliche Todesursache		ICD-Code
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				
<input type="checkbox"/> Obduktion wird angestrebt <input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2				
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		ICD-Code
Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)		Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw. Bei Vergiftung: Angabe des Mittels		<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2
<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstatunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstatunfall (nicht in Haus oder Schule) <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall		Angaben über den Ort des Ereignisses		
Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern				
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten		Mehrfruchtungsgeburten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Länge bei der Geburt in cm		Geburtsgewicht
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind		Lebensdauer in vollendeten Stunden		
Bei Frauen		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche Stunden		<input type="checkbox"/> unbekannt
Liegt eine Schwangerschaft vor?		<input type="checkbox"/> ja, im Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrutergravidität erfolgte:		<input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod <input type="checkbox"/> unbekannt		
Ärztliche Bescheinigung Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten 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				

Der Arzt/ die Ärztin der zweiten Leichenschau kann nun die Bescheinigungen über die zweite Leichenschau aus dem eigenen Vorrat nehmen und entsprechend wie oben geschildert ausstellen. Blatt 1 der ausgefüllten Bescheinigung über die zweite Leichenschau (Bescheinigung) ist dem Gesundheitsamt des Sterbeorts zu übermitteln. Blatt 2 der Bescheinigung wird im Krematorium verwahrt bzw. verbleibt bei einer Überführung ins Ausland bei der Leiche. Blatt 3 der Bescheinigung ist für den Fall einer Obduktion bestimmt. Blatt 4 der Bescheinigung, sowie Blatt 4 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung (aus der ersten Leichenschau) sind für die persönlichen Unterlagen der Ärztin/des Arztes bestimmt.

Bestehen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder ist die Todesart ungeklärt, sind Blatt 1, 2 und 3 der Bescheinigung für die zweite Leichenschau, Blatt 4 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung (aus der ersten Leichenschau) sowie die nicht ausgefüllten Blatt 1 bis 3 des Obduktionsscheins wiederum in Umschlag 2 zu verschließen und der Polizei zu übergeben.

Auch wenn die Übergangsfrist zur Verwendung der alten Formulare nur bis 30. April 2025 gilt, sollten durch die Leichenschauärzte Bescheinigungen für die zweite Leichenschau über diesen Zeitpunkt hinaus bevorratet werden. Es ist zumindest nicht auszuschließen, dass Ärztinnen und Ärzte bei der ersten Leichenschau weiterhin die alten Formulare benutzen.

Ggf. können Sie den betreffenden Arzt/ die betreffende Ärztin kontaktieren und auf die neuen Formulare hinweisen.