

## 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](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/baymbl/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
<b>Inliegend Todesbescheinigung – vertraulicher Teil –</b>			
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.			
<b>Inhalt</b>			
Blatt 4 (rosa): Doppel für Obduktion und zweite Leichenschau			
Obduktionsschein 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 <b>Personalangaben</b> BITTE FORMULAR L <small>NAME, (ggf. Geburtsname), VORNAME</small> <small>STRASSE, HAUSNUMMER</small> <small>PLZ, WOHNORT</small>	<b>Todesbescheinigung – Vertraulicher Teil 1 – (rosa)</b> <small>SICHER IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN</small>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Name, (ggf. Geburtsname), Vorname</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Straße, Hausnummer</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">PLZ, Wohnort</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geburtsdatum</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Geburtsort</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geschlecht</td> <td><input type="checkbox"/> männlich</td> <td><input type="checkbox"/> weiblich</td> <td><input type="checkbox"/> divers</td> <td><input type="checkbox"/> unbekannt</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sterbezeitpunkt</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Uhrzeit</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Auffindungszeitpunkt</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Uhrzeit</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar:</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Uhrzeit</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Uhrzeit</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Kategorie Sterbort</td> <td><input type="checkbox"/> Wohn- nung</td> <td><input type="checkbox"/> Stat. Pflege- einrichtung</td> <td><input type="checkbox"/> Stat. Hospiz</td> <td><input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe</td> <td><input type="checkbox"/> Antl. Ge- wahrsam</td> <td><input type="checkbox"/> Krankenhaus</td> <td><input type="checkbox"/> Angabe Station:</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Todesart</td> <td><input type="checkbox"/> Natürlicher Tod</td> <td><input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt</td> <td><input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>Sichere Zeichen des Todes</b></td> <td colspan="5"><b>Reanimationsbehandlung</b></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Totalarm <input type="checkbox"/> Totenkleid <input type="checkbox"/> Faulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Hinweis (nur Wunsch) <input type="checkbox"/> Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><b>Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt</b></td> </tr> <tr> <td colspan="10">Behandelnder Arzt/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="background-color: #e0e0ff;"> <b>Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund</b>  <small>Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Altersstand, Herz-Kreislauferkrankungen, Kachexie usw.</small> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 20%;">I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit</td> <td>a) als direkte Todesursache</td> <td rowspan="3"></td> <td rowspan="3" style="width: 10%;">Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod</td> <td rowspan="3" style="width: 10%;">ICD-Code</td> </tr> <tr> <td>b) als Folge von</td> </tr> <tr> <td>(Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%;">Grundfeinden (ursprüngliche Ursache)</td> <td>c) als Folge von</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="background-color: #e0e0ff;"> <b>Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2 <input type="checkbox"/> Obduktion wird angestrebt</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="background-color: #e0e0ff;"> <b>Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod</b> </td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="width: 20%; background-color: #e0e0ff;"> <small>Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung</small> </td> <td colspan="4">Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod (Angaben über den Hergang)</td> <td rowspan="3"></td> <td rowspan="3" style="width: 10%;">ICD-Code</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> weiter Angaben s. vertraulicher Teil 2</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, strangulation, Vergiftung usw.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Bei Vergiftung: Angabe des Mittels</td> <td colspan="3">Angaben über den Ort des Ereignisses</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%; background-color: #e0e0ff;"> <small>Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Unterguppe markieren)</small> </td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)</td> <td><input type="checkbox"/> Verkehrsunfall</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstunfall (nicht in Haus oder Schule)</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="background-color: #e0e0ff;"> <b>Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="2" style="width: 20%; background-color: #e0e0ff;"> <small>Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgebäuten</small> </td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td colspan="2">Mehrlingsgeburt?</td> <td colspan="2">Länge bei der Geburt in cm</td> <td colspan="2">Geburtsgewicht</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="2" style="width: 20%; background-color: #e0e0ff;"> <small>Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind</small> </td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Frühgeburt in der</td> <td colspan="2">Schwangerschaftswoche</td> <td colspan="2">Lebensdauer in vollendeten Stunden</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="2" style="width: 20%; background-color: #e0e0ff;"> <small>Bei Frauen</small> </td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ja, im</td> <td colspan="2">Monat</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> nein</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> unbekannt</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="2" style="width: 20%; background-color: #e0e0ff;"> <small>Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrutergravität erfolgte:</small> </td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> nein</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> unbekannt</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>Ärztliche Bescheinigung</b></td> <td colspan="5"><b>Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeföhrten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angabe n.</b></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau</td> <td colspan="5">Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes</td> </tr> </table>		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	Uhrzeit																			Auffindungszeitpunkt		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar:		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Kategorie Sterbort		<input type="checkbox"/> Wohn- nung	<input type="checkbox"/> Stat. Pflege- einrichtung	<input type="checkbox"/> Stat. Hospiz	<input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Antl. Ge- wahrsam	<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						<b>Sichere Zeichen des Todes</b>					<b>Reanimationsbehandlung</b>					<input type="checkbox"/> Totalarm <input type="checkbox"/> Totenkleid <input type="checkbox"/> Faulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar					<input type="checkbox"/> Hinweis (nur Wunsch) <input type="checkbox"/> Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					<b>Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt</b>										Behandelnder Arzt/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort										<b>Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund</b> <small>Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Altersstand, Herz-Kreislauferkrankungen, Kachexie usw.</small> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 20%;">I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit</td> <td>a) als direkte Todesursache</td> <td rowspan="3"></td> <td rowspan="3" style="width: 10%;">Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod</td> <td rowspan="3" style="width: 10%;">ICD-Code</td> </tr> <tr> <td>b) als Folge von</td> </tr> <tr> <td>(Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%;">Grundfeinden (ursprüngliche Ursache)</td> <td>c) als Folge von</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) als direkte Todesursache		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code	b) als Folge von	(Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	Grundfeinden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von					<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b>									<b>Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen</b>										<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					<b>Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod</b>										<small>Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung</small>	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod (Angaben über den Hergang)					ICD-Code	<input type="checkbox"/> weiter Angaben s. vertraulicher Teil 2				Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, strangulation, Vergiftung usw.				Bei Vergiftung: Angabe des Mittels		Angaben über den Ort des Ereignisses					<small>Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Unterguppe markieren)</small>	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)		<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall		<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall		<input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstunfall (nicht in Haus oder Schule)		<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall	<b>Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern</b>										<small>Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgebäuten</small>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Mehrlingsgeburt?		Länge bei der Geburt in cm		Geburtsgewicht										<small>Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind</small>		<input type="checkbox"/>		Frühgeburt in der		Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollendeten Stunden										<small>Bei Frauen</small>		<input type="checkbox"/> ja, im		Monat		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt										<small>Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrutergravität erfolgte:</small>		<input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod				<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt										<b>Ärztliche Bescheinigung</b>					<b>Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeföhrten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angabe n.</b>					Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau					Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes				
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	Uhrzeit																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Auffindungszeitpunkt		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar:		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Kategorie Sterbort		<input type="checkbox"/> Wohn- nung	<input type="checkbox"/> Stat. Pflege- einrichtung	<input type="checkbox"/> Stat. Hospiz	<input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Antl. Ge- wahrsam	<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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<b>Sichere Zeichen des Todes</b>					<b>Reanimationsbehandlung</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Totalarm <input type="checkbox"/> Totenkleid <input type="checkbox"/> Faulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar					<input type="checkbox"/> Hinweis (nur Wunsch) <input type="checkbox"/> Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<b>Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Behandelnder Arzt/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<b>Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund</b> <small>Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Altersstand, Herz-Kreislauferkrankungen, Kachexie usw.</small> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 20%;">I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit</td> <td>a) als direkte Todesursache</td> <td rowspan="3"></td> <td rowspan="3" style="width: 10%;">Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod</td> <td rowspan="3" style="width: 10%;">ICD-Code</td> </tr> <tr> <td>b) als Folge von</td> </tr> <tr> <td>(Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%;">Grundfeinden (ursprüngliche Ursache)</td> <td>c) als Folge von</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) als direkte Todesursache		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code	b) als Folge von	(Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	Grundfeinden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von					<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) als direkte Todesursache		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	b) als Folge von																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	(Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Grundfeinden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<b>Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<b>Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<small>Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung</small>	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod (Angaben über den Hergang)					ICD-Code																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	<input type="checkbox"/> weiter Angaben s. vertraulicher Teil 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, strangulation, Vergiftung usw.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Bei Vergiftung: Angabe des Mittels		Angaben über den Ort des Ereignisses																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<small>Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Unterguppe markieren)</small>	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)		<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall		<input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstunfall (nicht in Haus oder Schule)		<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<b>Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<small>Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgebäuten</small>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Mehrlingsgeburt?		Länge bei der Geburt in cm		Geburtsgewicht																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<small>Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind</small>		<input type="checkbox"/>		Frühgeburt in der		Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollendeten Stunden																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<small>Bei Frauen</small>		<input type="checkbox"/> ja, im		Monat		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<small>Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrutergravität erfolgte:</small>		<input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod				<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<b>Ärztliche Bescheinigung</b>					<b>Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeföhrten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angabe n.</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
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	<b>Bescheinigung über die zweite Leichenschau</b> (Türkis, DIN A5)	
BITTE FORMULAR LESENGLICH AUFÜLLEN		
<b>Personalangaben</b> Name, ggf. Geburtsname, Vorname Geburtsdatum, Geburtsort Sterbedatum, Sterbeort		Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt  Standesamt  Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer  Beurkundung zurückgestellt, Nummer
Ggf. Anmerkungen zu Erkenntnissen aus der zweiten Leichenschau bzw. Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod		
<input type="checkbox"/> Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 ist die <u>Todesartung erklärt</u> bzw. liegen <u>Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod</u> vor.  <input type="checkbox"/> Nach Vornahme der zweiten Leichenschau und Prüfung des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung Blatt 4 bescheinige ich, dass <u>keine</u> Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod vorliegen.		
Ort und Datum der zweiten Leichenschau	Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärzte/Arztes	

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

Blatt 1: Gesundheitsamt	<b>Obdoktionsschein</b> (rosa, DIN A5)	
BITTE FORMULAR LESENGLICH AUFÜLLEN		
<b>Personalangaben</b> Name, ggf. Geburtsname, Vorname Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort		Standesamt  Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer  Beurkundung zurückgestellt, Nummer
Geburtsdatum      Tag      Monat      Jahr      Geburtsort Sterbezeitpunkt, ggf.      Tag      Monat      Jahr      Stunden      Minuten      Geschlecht      männlich      weiblich      divers      unbekannt Datum der Auffindung      Uhrzeit		
<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 <u>nicht</u> bestätigt. <input type="checkbox"/> Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten <u>keine Angaben</u> zu Todesursache/Klinischer Befund.		
<b>Falls Todesursache / Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten:</b> <b>Wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund</b> <small>Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Altersstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.</small>		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod      ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit  Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)  Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	a) letale Todesursache	
	b) als Folge von	
	c) als Folge von	
II. Andere wesentliche Krankheiten		
Ort und Datum der Obduktion	Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Obduzenten/Obduzentin	

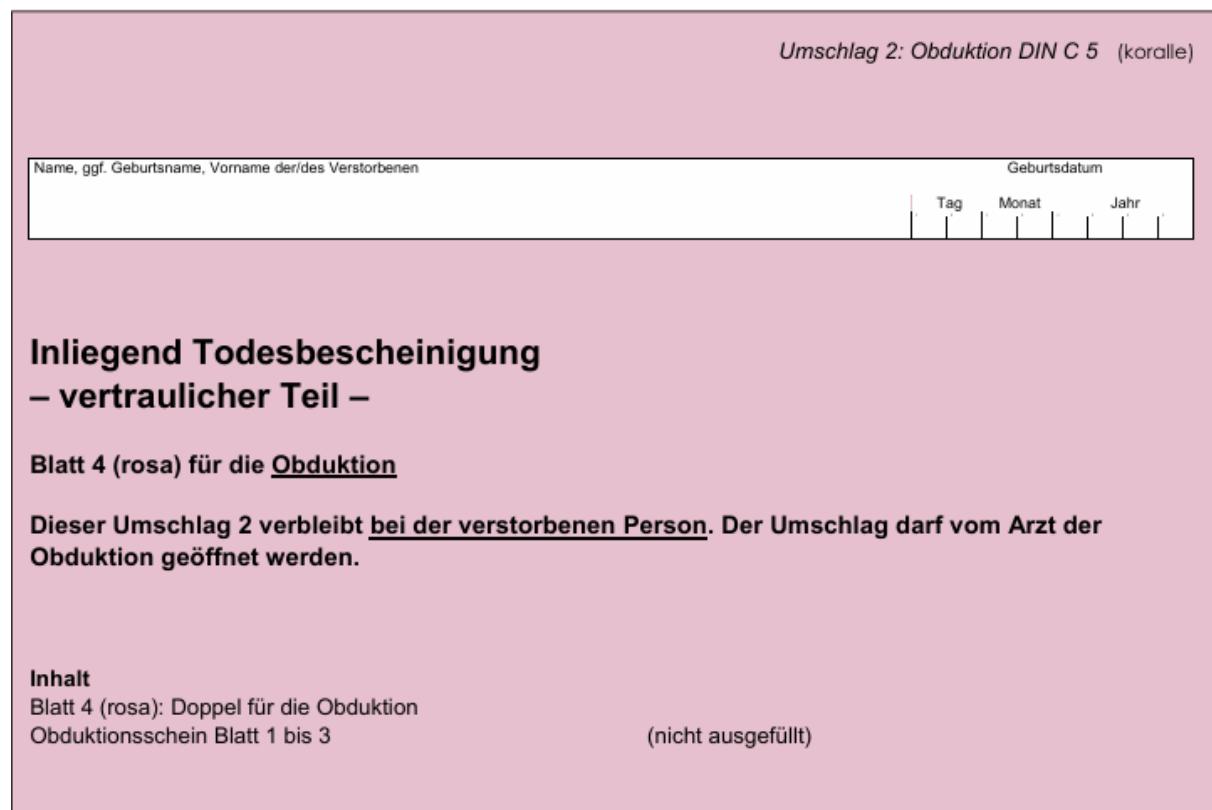
Die Ärztin/der Arzt der zweiten Leichenschau übermittelt Blatt 1 der ausgefüllten Bescheinigung über die zweite Leichenschau (Bescheinigung) dem Gesundheitsamt des Sterbeorts. Blatt 2 der Bescheinigung wird im Krematorium verwahrt bzw. verbleibt bei einer Überführung ins Ausland bei der Leiche. Blatt 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 aufgezeigten 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:



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.

In dem Umschlag befindet sich – neben dem unausgefüllten Obduktionsschein (dreifach) wiederum der ausgefüllte Durchschlag der Todesbescheinigung aus der ersten Leichenschau. **Links oben** steht aber nur „Für die Obduktion“, statt „für die Obduktion und 2. Leichenschau“:

<b>Blatt 4: Für die Obduktion</b>	<b>Todesbescheinigung – Vertraulicher Teil 1 –</b> (rosa)							
<b>Personalangaben</b> <b>BITTE FORMULAR LESENGLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN</b>								
Name auf Grabdeckscheine/Merkblatt								
Straße, Hausnummer								
PLZ, Wohnort								
Geburtsdatum		Geburtsort						
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt						
Sterbezeitpunkt		Nach Angaben von Angehörigen/Dritten <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen						
Auffindungszeitpunkt		Nach Angaben von Angehörigen/Dritten <input type="checkbox"/> Uhrzeit: _____						
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Nach Angaben von Angehörigen/Dritten <input type="checkbox"/> Uhrzeit: _____						
Kategorie Sterbeort	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Einrichtung <input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Amtl. Gewahrsam <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Angabe Station:	Sons- tiges <input type="checkbox"/>						
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod						
<b>Sichere Zeichen des Todes</b>								
<b>Reanimationsbehandlung</b>								
<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) <input type="checkbox"/> Reanimation:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
<b>Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt</b> Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort								
<b>Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund</b>								
Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod ICD-Code						
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letzliche Todesursache	<input type="checkbox"/>						
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von	<input type="checkbox"/>						
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von	<input type="checkbox"/>						
II. Andere wesentliche Krankheiten		<input type="checkbox"/>						
		<input type="checkbox"/>						
<b>Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen</b>								
<input type="checkbox"/> Obduktion wird angestrebt		<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2						
<b>Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod</b>								
Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang							
	<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2 ICD-Code							
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.							
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels Angaben über den Ort des Ereignisses							
Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	Schulunfall (ohne Wegeunfall)	Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	Verkehrsunfall					
	Häuslicher Unfall	Sport- oder Dienstunfall (nicht in Haus oder Schule)	Sonstiger Unfall					
<b>Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern</b>								
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Mehrlingsgeburt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei der Geburt in cm	<input type="checkbox"/>	Geburtsgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> g
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/>	Lebensdauer in vollendeten Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> Monat	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt				
	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extruteriningravidität erfolgte:	<input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/>				
<b>Ärztliche Bescheinigung</b>			<b>Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeföhrten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.</b>					
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.