

Blatt 1:  
Standesamt

**Leichenschauschein – nichtvertraulicher Teil –**

Bitte keine Abkürzungen verwenden!

**Personalangaben**

Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort, Kreis

Wird vom  
Standesamt  
ausgefüllt

Standesamt

Sterbebuch-Nr.

Vormerkliste-Nr.

Geburtsdatum

Tag    Monat    Jahr    Geburtsort

Geschlecht

männlich

weiblich

Zeitpunkt  
des Todes

Tag    Monat    Jahr    Stunden    Minuten    ggf. Zeitraum des Todes

ggf. zuletzt lebend gesehen (Tag, Monat, Jahr, Stunden, Minuten)

Ort des Todes

Sterbeort    ggf. Auffindungsort

Straße, Hausnummer, Name des Krankenhauses o.ä.

PLZ, Ort, Kreis

Todesart

natürlicher Tod    nichtnatürlicher Tod

ungeklärt

Herzschriftmacher

ja

nein

Zusatzangaben bei Totgeborenen nach

Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats

als tote Leibesfrucht geboren

in der Geburt verstorben

Gewicht

g

Länge

cm

Zutreffendes bitte ankreuzen  und / oder ausfüllen

- Unberechtigt geschützt -  
Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und  
elektronische Speicherung verboten!

Vordrucksatz  
Leichenschauschein  
  
W. Kohlhammer  
Deutscher Gemeindeverlag  
www.kohlhammer.de  
Bestell-Fax: (0711) 78 63-84 00 E-Mail:.dgv@kohlhammer.de  
  
06/15/011150

## Achtung

(das schraffierte Feld nicht beschriften)

**Bitte vor dem Abtrennen von Blatt 1**

**jedes Blatt mit Unterschrift, Namensstempel und Telefonnummer versehen,  
anschließend Blatt 2 bis 6 ausfüllen.**

### Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeföhrten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben.

Gegen eine Überführung bestehen - soweit bekannt - keine seuchenrechtlichen Bedenken.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Namensstempel und Tel.-Nr. der Ärzte/n des AZEs

**Gesundheitszentrum  
Odenwald  
-Notarzt-  
NEF DRK – Erbach  
39 99 320**

Blatt 2:  
Gesundheitsamt (Notärzteamt)

### Leichenschauschein – vertraulicher Teil –

Bitte keine Abkürzungen verwenden!

#### Personalangaben

Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort, Kreis

Wird vom  
Standesamt  
ausgefüllt

Standesamt

Sterbebuch-Nr.

Vormerkliste-Nr.

Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort			Geschlecht
							<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Zeitpunkt des Todes	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten	ggf. Zeitraum des Todes	ggf. zuletzt lebend gesehen (Tag, Monat, Jahr, Stunden, Minuten)
------------------------	-----	-------	------	---------	---------	-------------------------	--

Ort des Todes	Straße, Hausnummer, Name des Krankenhauses o.ä.					PLZ, Ort, Kreis	
Sterbeort	<input type="checkbox"/> ggf. Auffindungsort						

Todesart	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nichtnatürlicher Tod	<input type="checkbox"/> ungeklärt	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher ja	<input type="checkbox"/> nein
----------	--	---	------------------------------------	---	-------------------------------

Zusatzangaben bei Totgeborenen nach Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats	<input type="checkbox"/>	als tote Leibesfrucht geboren	<input type="checkbox"/>	in der Geburt verstorben	<input type="checkbox"/> Gewicht	<input type="checkbox"/> Länge	<input type="checkbox"/> cm
--	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

#### Letzte Behandlung durch: Ärztin / Arzt, Krankenhaus, Hausärztin / Hausarzt

Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, Telefax

#### Sichere Zeichen des Todes

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

#### Natürlicher Tod

##### Todesursache / Klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen

#### Reanimationsbehandlung

I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit (letztliche Todesursache)	a) unmittelbare Todesursache	Zeitdauer zwischen Krankheitsbeginn und Tod	ICD-Code
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
Grundleiden	c) als Folge von		
II. Andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			

#### Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise) sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung

Angaben zur Todesursache

<input type="checkbox"/> Nichtnatürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Selbsttötung	<input type="checkbox"/> Tötung	<input type="checkbox"/> Unfalltod	<input type="checkbox"/> Ungeklärte Todesart			
<b>Unfallkategorie</b> (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)							
<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	Pkw-Fahrer/in	<input type="checkbox"/> Motorradfahrer/in				
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	Lkw-Fahrer/in	<input type="checkbox"/> Fahrradmitfahrer/in				
<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall (auf nicht öffentl. Verkehrsweg)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	Fahrer/in eines sonstigen Kfz	<input type="checkbox"/> Pkw-Beifahrer/in	<input type="checkbox"/> Motorradmitfahrer/in			
<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)	z. B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.			<input type="checkbox"/> Fahßgänger/in			
<b>Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache)</b>							
Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache (Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod) z.B. bei Unfall (Sturz), Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung							
Außere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)							
<b>E</b> ICD-Code							

Bei Vergiftung: Angabe des Mittels

Angaben über den Ort des Ereignisses

Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit	Angabe der Krankheit				
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Länge bei der Geburt	<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> Geburtsgewicht g
Bei Neugeborenen, verstorben innerhalb der ersten 24 Stunden	<input type="checkbox"/> ja		Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> Woche	<input type="checkbox"/> Stunden Minuten
Bei Frauen	<input type="checkbox"/> ja, im	<input type="checkbox"/> -ten Monat		<input type="checkbox"/> Lebensdauer	
	<input type="checkbox"/> ja, Entbindungsdatum			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

#### Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeföhrten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben.  
Gegen eine Überführung bestehen - soweit bekannt - keine seuchenrechtlichen Bedenken.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Namensstempel und Tel.-Nr. der Ärztin/des Arztes

Odenwald

-Notarzt-

NEF DRK - Erbach

39 99 320

Zutreffendes bitte ankreuzen X und / oder ausfüllen

-Urheberrechtlich geschützt -  
Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten

Vordrucksatz  
Leichenschauschein

06151/011150  
W. Kohlhammer  
Deutsche Gemeindeverlag  
www.kohlhammer.de

Bestell-Fax: (07 11) 78 63-84 00 E-Mail: dvg@kohlhammer.de

Verstorbene/r (Familienname, Vorname)

bitte unbedingt ausfüllen!

## Nur vom Amtsarzt / der ärztlichen berechtigten Person zu öffnen!

### Inhalt:

- Blatt 3 des Obduktionsscheins (Feuerbestattung)

## Über das Standesamt an das Gesundheitsamt

### Inhalt Leichenschauschein:

- Blatt 2 für das Gesundheitsamt
- Blatt 3 für das Gesundheitsamt (Krebsregister)
- Blatt 4 für das Statistische Landesamt