

**Verordnung
zur Änderung der Bestattungsverordnung.**

Vom 14. Dezember 2007.

Aufgrund von § 28 Nrn. 2, 3 und 6 des Bestattungsgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt vom 5. Februar 2002 (GVBl. LSA S. 46), geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 26. März 2004 (GVBl. LSA S. 234), wird verordnet:

§ 1

Die Bestattungsverordnung vom 26. Januar 2005 (GVBl. LSA S. 35) wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 3 erhält folgende Fassung:

„Die Angaben zu Anlage 1 Nrn. 1 bis 7 sind nicht vertraulich, diejenigen zu Anlage 1 Nrn. 8 bis 14 sind vertraulich.“

b) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Das erste Blatt ist für den Landkreis oder die kreisfreie Stadt (Gesundheitsamt), das zweite Blatt, beschränkt auf den nicht vertraulichen Teil, für das Standesamt, das dritte Blatt für das Statistische Landesamt und das vierte Blatt für die ärztliche Person der zweiten Leichenschau bestimmt. Das fünfte Blatt verbleibt bei der ärztlichen Person der ersten Leichenschau. Diese Person übergibt die Blätter 1, 2 und 3 in einem verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift „An das Gesundheitsamt über das Standesamt“ und das vierte Blatt in einem verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift „An die ärztliche Person der zweiten Leichenschau über das Bestattungsunternehmen“ an diejenige Person, die zur Anzeige des Todes gegenüber dem Standesamt verpflichtet ist. Diese Person oder die von ihr Beauftragten sind zur Weiterleitung an die auf den Umschlägen angegebenen Adressaten verpflichtet. Das Bestattungsunternehmen ist berechtigt, Blatt 4 einzusehen, um sich über eine von der Leiche ausgehende mögliche Infektionsgefahr zu unterrichten. Die Weiterleitung des Blattes 4

an die ärztliche Person im Sinne des Satzes 1 unterbleibt, wenn eine Erdbestattung durchgeführt werden soll. In diesem Fall hat das Bestattungsunternehmen das Blatt 4 unverzüglich zu vernichten, sobald die Erdbestattung erfolgt ist. Das Standesamt vermerkt auf den Blättern 1 bis 3 die Gemeinde-Schlüsselnummer des Standesamtes, die Sterbebuchnummer und das Beurkundungsjahr und leitet die Blätter 1 und 3 in verschlossenem Umschlag an das Gesundheitsamt weiter.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Zahl 5 durch die Angabe „4.4“ ersetzt.

bb) Satz 5 erhält folgende Fassung:

„Es leitet das dritte Blatt an das Statistische Landesamt weiter.“

2. § 3 erhält folgende Fassung:

„§ 3
Übergangsvorschrift

Beschaffte Vordrucke der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Anlage 2 (Leichenpass) dürfen weiter verwendet werden.“

3. § 4 Satz 2 wird aufgehoben.

4. Die Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 erhält die aus der Anlage 1 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

5. Die Anlage 2 zu § 2 erhält die aus der Anlage 2 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

§ 2

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Magdeburg, den 14. Dezember 2007.

**Die Ministerin für Gesundheit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt**

Dr. Kuppe

Todesbescheinigung					
1. Familienname	Geburtsname	Vorname			
2. Hauptwohnsitz: PLZ / Ort / Straße / Hausnummer					
3. Geburtsdatum:	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
4. Todeszeit und Todesort					
4.1 Genaue Todeszeit festgestellt oder bestimmbar:	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□	Minuten □□
4.2 Ungefähre Todeszeit, wenn Nr. 4.1 nicht zutrifft:					
zwischen und	Tag □□ □□	Monat □□ □□	Jahr □□□□ □□□□	Stunde □□ □□	Minuten □□ □□
4.3 Todesort: <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> beim Transport <input type="checkbox"/> sonstiger Ort <input type="checkbox"/>					
4.4 Wenn Nrn. 4.1-4.3 nicht zutreffen:					
tot aufgefunden	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□	Minuten □□
5. Todesart: <input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> nichtnatürlich (einschl. Verdacht) <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/> (Bitte zusätzliche Angaben bei Nr. 11)					
6. Zuletzt behandelt durch Arzt/Ärztin: Tel. _____ Anschrift _____					
7. Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g Als tote Leibesfrucht <input type="checkbox"/> In der Geburt verstorben <input type="checkbox"/> Gewicht in g □□□□					
8. Anhaltspunkte für eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
9. Todesursache, Leichenschau					
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit				a) _____	ICD 10
Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)				b) _____	
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)				c) _____	
10. Todesursache, Autopsie					
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit				a) _____	ICD 10
Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)				b) _____	
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)				c) _____	
11. Bei nichtnatürlichem Tod (Nr. 5): Äußere Ursache (von Verletzungen und Vergiftungen)					
Nur bei Unfällen: <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/>					
12. Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen: Wo geboren: _____ Mehrlingsgeburt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Länge: (cm) □□ Geburtsgewicht: (g) □□□□					
13. Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 h verstorben sind: Fröhgeburt in der □□ Schwangerschaftswoche Lebensdauer in vollen Stunden □□ unbekannt <input type="checkbox"/>					
14. Warnhinweise: Radionuklide <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____					
Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für die Leichenschau (Nr. 9)				Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für das Obduktionsergebnis (Nr. 10)	

Todesbescheinigung																	
1.	Familienname	Geburtsname	Vorname														
2.	Hauptwohnsitz: PLZ / Ort / Straße / Hausnummer																
3.	Geburtsdatum:	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>												
4.	Todeszeit und Todesort																
4.1	Genauere Todeszeit festgestellt oder bestimmbar:	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□												
4.2	Ungefähre Todeszeit, wenn Nr. 4.1 nicht zutrifft:																
	zwischen und	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□												
4.3	Todesort: <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> beim Transport <input type="checkbox"/> sonstiger Ort <input type="checkbox"/>																
4.4	Wenn Nrn. 4.1-4.3 nicht zutreffen:																
	tot aufgefunden	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□												
5.	Todesart: natürlich <input type="checkbox"/> nichtnatürlich (einschl. Verdacht) <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/> (Bitte zusätzliche Angaben bei Nr. 11)																
6.	Zuletzt behandelt durch Arzt/Ärztin: Tel. _____ Anschrift _____																
7.	Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g Als tote Leibesfrucht <input type="checkbox"/> In der Geburt verstorben <input type="checkbox"/> Gewicht in g □□□□																
8.	Anhaltspunkte für eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>																
9.	Todesursache, Leichenschau		a)	ICD 10	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		b)														
	Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)		c)														
	II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)																
10.	Todesursache, Autopsie		a)	ICD 10	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		b)														
	Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)		c)														
	II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)																
11.	Bei nichtnatürlichem Tod (Nr. 5): Äußere Ursache (von Verletzungen und Vergiftungen)				ICD 10												
	Nur bei Unfällen: Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Hauslicher Unfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/>				<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
12.	Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen: Wo geboren:		Mehrlingsgeburt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Länge: (cm) □□□□ Geburtsgewicht: (g) □□□□													
13.	Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 h verstorben sind: Lebensdauer in vollen Stunden □□ unbekannt <input type="checkbox"/> Frühgeburt in der □□ Schwangerschaftswoche																
14.	Warnhinweise: Radionuklide <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____																
Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für die Leichenschau (Nr. 9)			Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für das Obduktionsergebnis (Nr. 10)														

Todesbescheinigung						Angaben des Standesamtes	
1. Familienname		Geburtsname		Vorname		Beurkundungsjahr □□□□	
2. Hauptwohnsitz: PLZ / Ort / Straße / Hausnummer							
3. Geburtsdatum:		Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	männlich <input type="checkbox"/>	Gemeinde- (Schlüssel)-Nr. des Standesamtes □□□□□□□□	
4. Todeszeit und Todesort		Genau festgestellt oder feststellbar:		Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Sterbebuch-Nr. □□□□□□□□
4.1		Ungefähre Todeszeit, wenn Nr. 4.1 nicht zutrifft:		Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	
4.2		zwischen und		Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□
4.3		Todesort:		Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	
4.4		im Krankenhaus <input type="checkbox"/>		zu Hause <input type="checkbox"/>	im Heim <input type="checkbox"/>	beim Transport <input type="checkbox"/>	Minuten □□
5.		sonstiger Ort <input type="checkbox"/>		Wenn Nrn. 4.1-4.3 nicht zutreffen:			
6.		tot aufgefunden		Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□
7.		Auffindeort		Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	
8.		Todesart:		natürlich <input type="checkbox"/>		nichtnatürlich (einschl. Verdacht) <input type="checkbox"/>	
9.		Zuletzt behandelt durch Arzti/Ärztin: Tel.		Anschrift		nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/>	
10.		Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g		Als tote Leibesfrucht <input type="checkbox"/>		In der Geburt verstorben <input type="checkbox"/>	
11.		Gewicht in g □□□□		Anhaltspunkte für eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
12.		Todesursache, Leichenschau		a) _____		ICD 10	
13.		I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		b) _____		ICD 10	
14.		Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)		c) _____		ICD 10	
15.		II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)		_____		ICD 10	
16.		Todesursache, Autopsie		a) _____		ICD 10	
17.		I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		b) _____		ICD 10	
18.		Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)		c) _____		ICD 10	
19.		II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)		_____		ICD 10	
20.		Bei nichtnatürlichem Tod (Nr. 5): Äußere Ursache (von Verletzungen und Vergiftungen)		Nur bei Unfällen:		Schulunfall <input type="checkbox"/>	
21.		Arbeitsunfall <input type="checkbox"/>		Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/>		Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/>	
22.		Verkehrsunfall <input type="checkbox"/>		sonstiger Unfall <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
23.		Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen: Wo geboren:		Mehrlingsgeburt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Geburtsgewicht: (g) □□□□	
24.		Länge: (cm) □□		Lebensdauer in vollen Stunden □□		unbekannt <input type="checkbox"/>	
25.		Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 h verstorben sind: Frühgeburt in der □□ Schwangerschaftswoche		Warnhinweise: Radionuklide <input type="checkbox"/>		Sonstiges: _____	
26.		Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für die Leichenschau (Nr. 9)		Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für das Obduktionsergebnis (Nr. 10)			

Todesbescheinigung						Angaben des Standesamtes	
1.	Familienname	Geburtsname	Vorname				
2.	Hauptwohnsitz: PLZ / Ort / Straße / Hausnummer						Beurkundungsjahr □□□□
3.	Geburtsdatum:	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	Gemeinde- (Schlüssel)-Nr. des Standesamtes □□□□□□□□
4.	Todeszeit und Todesort						
4.1	Genauere Todeszeit festgestellt oder bestimmbar:	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□	Minuten □□	Sterbebuch-Nr. □□□□□□□□
4.2	Ungefähre Todeszeit, wenn Nr. 4.1 nicht zutrifft:						
4.3	zwischen und	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□	Minuten □□	Todesort: im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> beim Transport <input type="checkbox"/> sonstiger Ort <input type="checkbox"/> -----
4.4	Wenn Nrn. 4.1-4.3 nicht zutreffen:						
5.	Todesart:	natürlich <input type="checkbox"/>	nichtnatürlich (einschl. Verdacht) <input type="checkbox"/>	nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/>			
(Bitte zusätzliche Angaben bei Nr. 11)							
6.	Zuletzt behandelt durch Arzi/Ärztin:		Tel.	Anschrift			
7.	Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g						
Als tote Leibesfrucht <input type="checkbox"/>		In der Geburt verstorben <input type="checkbox"/>			Gewicht in g □□□□		
Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für die Leichenschau (Nr. 9)					Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für das Obduktionsergebnis (Nr. 10)		

Todesbescheinigung						Angaben des Standesamtes			
1. Familienname Geburtsname Vorname						Beurkundungsjahr □□□□ Gemeinde- (Schlüssel)-Nr. des Standesamtes □□□□□□□□ Sterbepuch-Nr. □□□□□□□□			
2. Hauptwohnsitz: PLZ / Ort / Straße / Hausnummer									
3. Geburtsdatum: Tag Monat Jahr männlich weiblich □□ □□ □□□□ □ □									
4. Todeszeit und Todesort Genaue Todeszeit Tag Monat Jahr Stunde Minuten festgestellt oder □□ □□ □□□□ □□ □□									
4.1 bestimmbar:									
4.2 Ungefähre Todeszeit, wenn Nr. 4.1 nicht zutrifft: zwischen Tag Monat Jahr Stunde Minuten und □□ □□ □□□□ □□ □□ □□ □□ □□□□ □□ □□									
4.3 im Krankenhaus zu Hause im Heim beim Transport Todesort: □ □ □ □ sonstiger Ort □									
4.4 Wenn Nrn. 4.1-4.3 nicht zutreffen: Tag Monat Jahr Stunde Minuten tot aufgefunden □□ □□ □□□□ □□ □□ Auffindeort									
5. Todesart: natürlich nichtnatürlich (einschl. Verdacht) nicht aufgeklärt □ □ □ (Bitte zusätzliche Angaben bei Nr. 11)									
6. Zuletzt behandelt durch Arzt/Ärztin: Tel. Anschrift									
7. Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g Als tote Leibesfrucht □ In der Geburt verstorben □ Gewicht in g □□□□									
8. Anhaltspunkte für eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz ja □ nein □									
9. Todesursache, Leichenschau a) _____								ICD 10	
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit b) _____									
Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden) c) _____									
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen) _____						ICD 10			
10. Todesursache, Autopsie a) _____									
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit b) _____									
Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden) c) _____						ICD 10			
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen) _____									
11. Bei nichtnatürlichem Tod (Nr. 5): Äußere Ursache (von Verletzungen und Vergiftungen) ICD 10 □□□□									
Nur bei Unfällen: Arbeitsunfall □ Schulunfall □ Verkehrsunfall □ Häuslicher Unfall □ Sport- oder Spielunfall □ sonstiger Unfall □									
12. Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen: Mehrlingsgeburt: ja □ nein □ Wo geboren: Länge: (cm) □□ Geburtsgewicht: (g) □□□□									
13. Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 h verstorben sind: Lebensdauer in vollen Stunden □□ unbekannt □ Frühgeburt in der □□ Schwangerschaftswoche									
14. Warnhinweise: Radionuklide □ Sonstiges: _____									
Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für die Leichenschau (Nr. 9)				Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für das Obduktionsergebnis (Nr. 10)					

Anlage 2
(zu § 1-Nr. 5)

Anlage 2
(zu § 2)

Leichenpass

Laissez-passer mortuaire
Corpse transit permit

Nachdem alle Vorschriften über die Einsargung beachtet worden sind, soll die Leiche der/des
Toutes les prescriptions légales relatives à la mis en cercueil ayant été observées, le corps de
In compliance with all legal regulations concerning the coffining, the corpse of

Name und Vorname der/des Verstorbenen – nom et prénom du défunt – name and first name of the deceased

Geschlecht – sexe – sex/Geburtsdatum – date de naissance – date of birth/Geburtsort – lieu de naissance place of birth

Todesdatum – date du décès day of death/Todesort – lieu du décès – place of death

Beförderungsmittel – moyen de transport – means of transportation

vom – de – from/Absendeort – lieu d'expédition – place of dispatch

über – par – via/Strecke – route – route

nach – à – to/Bestimmungsort – lieu de destination – place of destination

befördert werden. Da diese Leichenbeförderung genehmigt ist, werden alle Behörden der Länder, auf deren Gebiet der
Transport stattfinden soll, gebeten, ihn frei und ungehindert passieren zu lassen.
doit être transporté. Le transport de ce corps ayant été autorisé, toutes les autorités des pays sur le territoire desquels le
transport doit avoir lieu, sont invitées à le laisser librement et sans obstacle.
is to be carried. The transport of the corpse having being duly authorized, the right of passage without hindrance is respectfully requested from the authorities of the countries to be crossed on its route.

Todesursache: _____

Cause du décès

Cause of death

(Todesursache ist zusätzlich im WHO-Zahlencodex und möglichst auch in französischer und englischer Sprache zu dokumentieren.)

_____, den _____
le _____
date

(Siegel)

Unterschrift der zuständigen Behörde
Signature de l'autorité compétente
Signature of the competent authority