

Todesbescheinigung Sachsen-Anhalt

Blatt 1 - Ausfertigung für Gesundheitsamt

1.	Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname(n)						Leichen-ID	
2.	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)						Angaben des Standesamtes (vom Standesamt auszufüllen!)	
3.	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)			Geburtsort			Beurkundungsjahr	
4.	Geschlecht		männlich		weiblich		divers	
5.	Identifikation		persönlich bekannt		Ausweis/Pass		Angaben Dritter	
6.1	Todeszeitpunkt festgestellt oder bestimmbar		Tag		Monat		Jahr	
6.2	Wenn Nr. 6.1 nicht zutrifft: Todeszeitpunkt zwischen		Tag		Monat		Jahr	
6.3	Angegebener Todeszeitpunkt beruht auf		Uhrzeit (Stunden/Minuten)		Uhrzeit (Stunden/Minuten)		<input type="checkbox"/> eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Angaben Dritter	
6.4	Wenn Nr. 6.1 bis 6.3 nicht zutreffen:		tot aufgefunden		Tag		Monat	
6.5	Sterbeort oder Auffindeort		<input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> im Hospiz <input type="checkbox"/> beim Transport		sonstiger Ort			
7.	Todesart		<input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> nichtnatürlich (einschl. Verdacht)* <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt*		*Bitte zusätzl. Angaben bei Nr. 11.1 bis 11.3 ergänzen			
8.	Informierte Polizeidienststelle bei unbekannter Person oder nichtnatürlichem/nicht aufgeklärtem Tod						Datum/Uhrzeit	
8.	Zuletzt behandelnde Ärztin/Arzt (Name, Anschrift, Telefon)							
9.	Warnhinweise (Sargkennzeichnung!) <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz <input type="checkbox"/> Radionuklide <input type="checkbox"/> sonstiges							
10.	Todesursache lt. Leichenschau (nicht Endzustände wie Atemstillstand oder Herz-Kreislaufversagen, Beschreibung als Kausalkette, ggf. Zeitintervall bis Tod)						ICD-10	
	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		a)		(Todesursache)			
	Vorausgegangene Ursache(n)		b)		(als Folge von Buchstabe c)			
	Grundleiden		c)					
	II. Andere wesentliche Krankheiten							
11.1	Äußere Ursache bei nichtnatürlichem Tod							
11.2	Epikrise (nähere Angaben, Hinweise)							
11.3	Nur bei Unfällen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall							
12.	Bei Frauen: Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		Monat			
13.1	Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstarben:		Lebensdauer in vollen Stunden:		Stunden		Frühgeburten in der Schwangerschaftswoche:	
13.2	Bei Kindern unter 1 Jahr sowie Totgeborenen:		Mehrlingsgeburt:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge: cm	
14.	Leichenschau durch (Name, Vorname)		Datum/Uhrzeit der Leichenschau		Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)			
	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)							
	Telefon und E-Mail-Adresse							
15.	Leichenöffnung		Datum/Uhrzeit:		Arzt-Nr./Tel./Unterschrift (ggf. Stempel)			
	<input type="checkbox"/> § 87 Abs. 2 StPO <input type="checkbox"/> sonstige		Einrichtung:					
	<input type="checkbox"/> Sektionsschein ist beigefügt <input type="checkbox"/> Sektionsschein wird nachgereicht		ärztliche Person:					

Todesbescheinigung Sachsen-Anhalt

Blatt 2 - Ausfertigung für ärztliche Person 2. Leichenschau

1.	Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname(n)	Leichen-ID
2.	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Angaben des Standesamtes (vom Standesamt auszufüllen!)
3.	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) Geburtsort	
4.	Geschlecht männlich weiblich divers	Beurkundungsjahr
5.	Identifikation persönlich bekannt Ausweis/Pass Angaben Dritter keine	Gemeinde-(Schlüssel)-Nr. des Standesamtes
6.1	Todeszeitpunkt festgestellt oder bestimmbar	Sterbebuch-Nr.
6.2	Wenn Nr. 6.1 nicht zutrifft: Todeszeitpunkt zwischen	6.3 Angegebener Todeszeitpunkt beruht auf <input type="checkbox"/> eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Angaben Dritter
6.4	Wenn Nr. 6.1 bis 6.3 nicht zutreffen: tot aufgefunden	
6.5	Sterbeort oder Auffindeort <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> im Hospiz <input type="checkbox"/> beim Transport <input type="checkbox"/> sonstiger Ort	
7.	Todesart natürlich nichtnatürlich (einschl. Verdacht)* nicht aufgeklärt* *Bitte zusätzl. Angaben bei Nr. 11.1 bis 11.3 ergänzen	
	Informierte Polizeidienststelle bei unbekannter Person oder nichtnatürlichem/nicht aufgeklärtem Tod	Datum/Uhrzeit
8.	Zuletzt behandelnde Ärztin/Arzt (Name, Anschrift, Telefon)	
9.	Warnhinweise (Sargkennzeichnung!) <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz <input type="checkbox"/> Radionuklide <input type="checkbox"/> sonstiges	
10.	Todesursache lt. Leichenschau (nicht Endzustände wie Atemstillstand oder Herz-Kreislaufversagen, Beschreibung als Kausalkette, ggf. Zeitintervall bis Tod)	ICD-10
	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit a) (Todesursache)	
	Vorausgegangene Ursache(n) b) (als Folge von Buchstabe c)	
	Grundleiden c)	
	II. Andere wesentliche Krankheiten	
11.1	Äußere Ursache bei nichtnatürlichem Tod	
11.2	Epikrise (nähere Angaben, Hinweise)	
11.3	Nur bei Unfällen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	
12.	Bei Frauen: Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	
13.1	Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstarben: Lebensdauer in vollen Stunden: Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> unbekannt	
13.2	Bei Kindern unter 1 Jahr sowie Totgeborenen: Mehrlingsgeburt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Länge: Geburtsgewicht: Gramm	
14.	Leichenschau durch (Name, Vorname)	Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)
	Datum/Uhrzeit der Leichenschau	
	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
	Telefon und E-Mail-Adresse	
15.	Leichenöffnung <input type="checkbox"/> § 87 Abs. 2 StPO <input type="checkbox"/> sonstige	Arzt-Nr./Tel./Unterschrift (ggf. Stempel)
	Datum/Uhrzeit:	
	Einrichtung:	
	ärztliche Person:	
16.	Zweite Leichenschau <input type="checkbox"/> erste Leichenschau plausibel und bestätigt <input type="checkbox"/> dem zuständige Gesundheitsamt wird eine Ergänzung mitgeteilt <input type="checkbox"/> keine Bedenken gegen die Bestattung (§ 15 Abs. 3 Satz 6 BestattG LSA)	Arzt-Nr./Tel./Unterschrift (ggf. Stempel)
	Datum/Uhrzeit:	
	Hinweis: zweite Leichenschau entfällt bei Leichenöffnung nach § 87 Abs. 2 StPO und an Totgeborenen (§ 15 Abs. 3 Satz 2 BestattG LSA)	

1.	Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname(n)						Leichen-ID	
2.	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)						Angaben des Standesamtes (vom Standesamt auszufüllen!)	
3.	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)			Geburtsort			Beurkundungsjahr	
4.	Geschlecht		männlich		weiblich		divers	
5.	Identifikation		persönlich bekannt		Ausweis/Pass		Angaben Dritter	
6.1	Todeszeitpunkt festgestellt oder bestimmbar		Tag		Monat		Jahr	
6.2	Wenn Nr. 6.1 nicht zutrifft: Todeszeitpunkt zwischen		Tag		Monat		Jahr	
6.3	Angegebener Todeszeitpunkt beruht auf		Uhrzeit (Stunden/Minuten)		Uhrzeit (Stunden/Minuten)		<input type="checkbox"/> eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Angaben Dritter	
6.4	Wenn Nr. 6.1 bis 6.3 nicht zutreffen:		tot aufgefunden		Tag		Monat	
6.5	Sterbeort oder Auffindeort		<input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> im Hospiz <input type="checkbox"/> beim Transport		sonstiger Ort			
7.	Todesart		<input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> nichtnatürlich (einschl. Verdacht)* <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt*		*Bitte zusätzl. Angaben bei Nr. 11.1 bis 11.3 ergänzen			
8.	Zuletzt behandelnde Ärztin/Arzt (Name, Anschrift, Telefon)						Datum/Uhrzeit	
9.	Warnhinweise (Sargkennzeichnung!)		<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz <input type="checkbox"/> Radionuklide <input type="checkbox"/> sonstiges					
10.	Todesursache lt. Leichenschau (nicht Endzustände wie Atemstillstand oder Herz-Kreislaufversagen, Beschreibung als Kausalkette, ggf. Zeitintervall bis Tod)						ICD-10	
	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		a)		(Todesursache)			
	Vorausgegangene Ursache(n)		b)		(als Folge von Buchstabe c)			
	Grundleiden		c)					
	II. Andere wesentliche Krankheiten							
11.1	Äußere Ursache bei nichtnatürlichem Tod							
11.2	Epikrise (nähere Angaben, Hinweise)							
11.3	Nur bei Unfällen		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall					
12.	Bei Frauen: Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		Monat			
13.1	Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstarben:		Lebensdauer in vollen Stunden:		Stunden		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche:	
13.2	Bei Kindern unter 1 Jahr sowie Totgeborenen:		Mehrlingsgeburt:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge: cm	
14.	Leichenschau durch (Name, Vorname)		Datum/Uhrzeit der Leichenschau		Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)			
	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)							
	Telefon und E-Mail-Adresse							
15.	Leichenöffnung		Datum/Uhrzeit:		Arzt-Nr./Tel./Unterschrift (ggf. Stempel)			
	<input type="checkbox"/> § 87 Abs. 2 StPO <input type="checkbox"/> sonstige		Einrichtung:					
	<input type="checkbox"/> Sektionsschein ist beigefügt <input type="checkbox"/> Sektionsschein wird nachgereicht		ärztliche Person:					

Todesbescheinigung Sachsen-Anhalt

Blatt 4 - Ausfertigung für Standesamt

1.	Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname(n)						Leichen-ID									
2.	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)						Angaben des Standesamtes (vom Standesamt auszufüllen!)									
3.	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)			Geburtsort			Beurkundungsjahr									
4.	Geschlecht		männlich		weiblich		divers									
5.	Identifikation		persönlich bekannt		Ausweis/Pass		Angaben Dritter									
6.1	Todeszeitpunkt festgestellt oder bestimmbar		Tag		Monat		Jahr									
6.2	Todeszeitpunkt zwischen		Tag		Monat		Jahr									
6.3	Angebener Todeszeitpunkt beruht auf		Uhrzeit (Stunden/Minuten)		Uhrzeit (Stunden/Minuten)		<input type="checkbox"/> eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Angaben Dritter									
6.4	Wenn Nr. 6.1 bis 6.3 nicht zutreffen:		tot aufgefunden		Tag		Monat									
6.5	Sterbeort oder Auffindeort		<input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> im Hospiz <input type="checkbox"/> beim Transport		sonstiger Ort											
7.	Todesart		natürlich		nichtnatürlich (einschl. Verdacht)*		nicht aufgeklärt*									
8.	Zuletzt behandelnde Ärztin/Arzt (Name, Anschrift, Telefon)						Datum/Uhrzeit									
9.																
10.																
11.1																
11.2																
11.3																
12.																
13.1									Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstarben:		Lebensdauer in vollen Stunden:		Stunden		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche:	
13.2									Bei Kindern unter 1 Jahr sowie Totgeborenen:		Mehrlingsgeburt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge: cm		Geburtsgewicht: Gramm	
14.	Leichenschau durch (Name, Vorname)			Datum/Uhrzeit der Leichenschau			Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)									
	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)															
	Telefon und E-Mail-Adresse															
15.	Leichenöffnung		Datum/Uhrzeit:		Arzt-Nr./Tel./Unterschrift (ggf. Stempel)											
	<input type="checkbox"/> § 87 Abs. 2 StPO <input type="checkbox"/> sonstige		Einrichtung:													
			ärztliche Person:													

Todesbescheinigung Sachsen-Anhalt

Blatt 5 - Ausfertigung für ausstellende ärztliche Person

1.	Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname(n)						Leichen-ID	
2.	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)						Angaben des Standesamtes (vom Standesamt auszufüllen!)	
3.	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)			Geburtsort			Beurkundungsjahr	
4.	Geschlecht	männlich		weiblich		divers		
5.	Identifikation	persönlich bekannt		Ausweis/Pass		Angaben Dritter		
6.1	Todeszeitpunkt festgestellt oder bestimmbar		Tag		Monat		Jahr	
6.2	Wenn Nr. 6.1 nicht zutrifft: Todeszeitpunkt zwischen		Tag		Monat		Jahr	
6.3	und		Tag		Monat		Jahr	
6.4	Wenn Nr. 6.1 bis 6.3 nicht zutreffen:		tot aufgefunden		Tag		Monat	
6.5	Sterbeort oder Auffindeort		<input type="checkbox"/> im Krankenhaus		<input type="checkbox"/> zu Hause		<input type="checkbox"/> im Heim	
7.	Todesart		natürlich		nichtnatürlich (einschl. Verdacht)*		nicht aufgeklärt* *Bitte zusätzl. Angaben bei Nr. 11.1 bis 11.3 ergänzen	
8.	Zuletzt behandelnde Ärztin/Arzt (Name, Anschrift, Telefon)						Datum/Uhrzeit	
9.	Warnhinweise (Sargkennzeichnung!)		<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz		<input type="checkbox"/> Radionuklide		<input type="checkbox"/> sonstiges	
10.	Todesursache lt. Leichenschau (nicht Endzustände wie Atemstillstand oder Herz-Kreislaufversagen, Beschreibung als Kausalkette, ggf. Zeitintervall bis Tod)						ICD-10	
11.1	Äußere Ursache bei nichtnatürlichem Tod							
11.2	Epikrise (nähere Angaben, Hinweise)							
11.3	Nur bei Unfällen		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall		<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	
12.	Bei Frauen: Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt	
13.1	Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstarben:		Lebensdauer in vollen Stunden:		Stunden		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche:	
13.2	Bei Kindern unter 1 Jahr sowie Totgeborenen:		Mehrlingsgeburt:		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
14.	Leichenschau durch (Name, Vorname)		Datum/Uhrzeit der Leichenschau		Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)			
	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)							
	Telefon und E-Mail-Adresse							