

Sektionsschein Sachsen-Anhalt

Blatt 1 - Ausfertigung für Gesundheitsamt

A	Familiename, ggf. Geburtsname, Vorname(n)		Leichen-ID
B	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
C	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geburtsort	
D	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
E	Todeszeitpunkt, soweit Angabe möglich <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Tag Monat Jahr Uhrzeit (Stunden/Minuten) </div>		
F	Aufgrund der Leichenöffnung festgestellte Todesart <input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> nichtnatürlich (einschl. Verdacht) <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt		
G	Ergebnis der Leichenöffnung (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		
H	Äußere Ursache bei nichtnatürlichem Tod		
I	Ggf. weitere Anmerkungen		
J	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	
K	Leichenöffnung am (Datum/Uhrzeit [von-bis])		Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)
	Einrichtung		
	Ausführende ärztliche Person		
	Telefon und E-Mail-Adresse		

A	Familiename, ggf. Geburtsname, Vorname(n)		Leichen-ID
B	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
C	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geburtsort	
D	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
E	Todeszeitpunkt, soweit Angabe möglich <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Tag Monat Jahr Uhrzeit (Stunden/Minuten) </div>		
F	Aufgrund der Leichenöffnung festgestellte Todesart <input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> nichtnatürlich (einschl. Verdacht) <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt		
G	Ergebnis der Leichenöffnung (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		
H	Äußere Ursache bei nichtnatürlichem Tod		
I	Ggf. weitere Anmerkungen		
J	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	
K	Leichenöffnung am (Datum/Uhrzeit [von-bis])		Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)
	Einrichtung		
	Ausführende ärztliche Person		
	Telefon und E-Mail-Adresse		

Sektionsschein Sachsen-Anhalt

Blatt 3 - Ausfertigung für ausstellende ärztliche Person

A	Familiename, ggf. Geburtsname, Vorname(n)		Leichen-ID
B	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
C	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geburtsort	
D	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
E	Todeszeitpunkt, soweit Angabe möglich <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Tag Monat Jahr Uhrzeit (Stunden/Minuten) </div>		
F	Aufgrund der Leichenöffnung festgestellte Todesart <input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> nichtnatürlich (einschl. Verdacht) <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt		
G	Ergebnis der Leichenöffnung (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		
H	Äußere Ursache bei nichtnatürlichem Tod		
I	Ggf. weitere Anmerkungen		
J	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	
K	Leichenöffnung am (Datum/Uhrzeit [von-bis])		Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)
	Einrichtung		
	Ausführende ärztliche Person		
	Telefon und E-Mail-Adresse		