

Sektionsschein Sachsen-Anhalt
Blatt 1 - Ausfertigung für Gesundheitsamt

A	Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname(n)		Leichen-ID
B	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
C	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geburtsort	
D	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
E	Todeszeitpunkt, soweit Angabe möglich Tag Monat Jahr Uhrzeit (Stunden/Minuten)		
F	Aufgrund der Leichenöffnung festgestellte Todesart ☐ natürlich ☐ nichtnatürlich (einschl. Verdacht) ☐ 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	☐ Arbeits-unfall ☐ häuslicher Unfall ☐ Verkehrs-unfall ☐ Schul-unfall ☐ Sport- oder Spielunfall ☐ sonstiger Unfall	
K	Leichenöffnung am (Datum/Uhrzeit [von-bis])		Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)
	Einrichtung		
	Ausführende ärztliche Person		
	Telefon und E-Mail-Adresse		

A	Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname(n)		Leichen-ID
B	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
C	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geburtsort	
D	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
E	Todeszeitpunkt, soweit Angabe möglich Tag Monat Jahr Uhrzeit (Stunden/Minuten)		
F	Aufgrund der Leichenöffnung festgestellte Todesart ☐ natürlich ☐ nichtnatürlich (einschl. Verdacht) ☐ 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	☐ Arbeits-unfall ☐ häuslicher Unfall ☐ Verkehrs-unfall ☐ Schul-unfall ☐ Sport- oder Spielunfall ☐ sonstiger Unfall	
K	Leichenöffnung am (Datum/Uhrzeit [von-bis])		Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)
	Einrichtung		
	Ausführende ärztliche Person		
	Telefon und E-Mail-Adresse		

A	Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname(n)		Leichen-ID
B	Hauptwohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
C	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geburtsort	
D	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
E	Todeszeitpunkt, soweit Angabe möglich Tag Monat Jahr Uhrzeit (Stunden/Minuten)		
F	Aufgrund der Leichenöffnung festgestellte Todesart ☐ natürlich ☐ nichtnatürlich (einschl. Verdacht) ☐ 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	☐ Arbeits-unfall ☐ häuslicher Unfall ☐ Verkehrs-unfall ☐ Schul-unfall ☐ Sport- oder Spielunfall ☐ sonstiger Unfall	
K	Leichenöffnung am (Datum/Uhrzeit [von-bis])		Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)
	Einrichtung		
	Ausführende ärztliche Person		
	Telefon und E-Mail-Adresse		