

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		Gemeinde-(Schlüssel)-Nr. des Standesamtes
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	Angebener Todeszeitpunkt beruht auf		Tag		Monat		Jahr	
6.4	Wenn Nr. 6.1 bis 6.3 nicht zutreffen:		Tag		Monat		Jahr	
6.5	Sterbeort oder Auffindeort		im Krankenhaus		zu Hause		im Heim	
7.	Todesart		natürlich		nichtnatürlich (einschl. Verdacht)*		nicht aufgeklärt*	
8.	Zuletzt behandelnde Ärztin/Arzt (Name, Anschrift, Telefon)						Datum/Uhrzeit	
9.	Warnhinweise (Sargkennzeichnung!)		Anhaltspunkte für Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz		Radionuklide		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						Arbeitsunfall	
12.	Bei Frauen: Schwangerschaft?						ja	
13.1	Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstarben:						Lebensdauer in vollen Stunden:	
13.2	Bei Kindern unter 1 Jahr sowie Totgeborenen:						Mehrlingsgeburt:	
14.	Leichenschau durch (Name, Vorname)						Datum/Uhrzeit der Leichenschau	
15.	Leichenöffnung						Datum/Uhrzeit:	
	§ 87 Abs. 2 StPO						Einrichtung:	
	sonstige						ärztliche Person:	
	Sektionsschein ist beigelegt						Sektionsschein wird nachgereicht	

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			Beurkundungsjahr	
4.	Geschlecht	männlich		weiblich		divers		Gemeinde-(Schlüssel)-Nr. des Standesamtes
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)		☐ eigenen Feststellungen ☐ Angaben Dritter	
6.4	Wenn Nr. 6.1 bis 6.3 nicht zutreffen:		Tag		Monat		Jahr	
6.5	Sterbeort oder Auffindeort		im Krankenhaus		zu Hause		im Heim	
7.	Todesart		natürlich		nichtnatürlich (einschl. Verdacht)*		nicht aufgeklärt*	
8.	Informierte Polizeidienststelle bei unbekannter Person oder nichtnatürlichem/nicht aufgeklärtem Tod						Datum/Uhrzeit	
9.	Warnhinweise (Sargkennzeichnung!)		☐ Anhaltspunkte für Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz		☐ Radionuklide		☐ sonstiges	
10.	Todesursache lt. Leichenschau (nicht Endzustände wie Atemstillstand oder Herz-Kreislaufversagen, Beschreibung als Kausalkette, ggf. Zeitintervall bis Tod)						ICD-10	
11.1	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		a)		(Todesursache)			
11.2	Vorausgegangene Ursache(n)		b)		(als Folge von Buchstabe c)			
11.3	Grundleiden		c)					
11.4	II. Andere wesentliche Krankheiten							
12.	Bei Frauen: Schwangerschaft?		☐ ja		Monat		☐ nein	
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:		☐ ja		☐ nein	
14.	Leichenschau durch (Name, Vorname)		Datum/Uhrzeit der Leichenschau		cm		Gramm	
15.	Leichenöffnung		Datum/Uhrzeit:		Einrichtung:		Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)	
16.	Zweite Leichenschau		Datum/Uhrzeit:		Arzt-Nr./Tel./Unterschrift (ggf. Stempel)			

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		Gemeinde-(Schlüssel)- Nr. des Standesamtes
5.	Identifikation	persönlich bekannt		Ausweis/Pass		Angaben Dritter		
6.1	Todeszeitpunkt festgestellt oder bestimmbar		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit (Stunden/Minuten)		
6.2	Wenn Nr. 6.1 nicht zutrifft: Todeszeitpunkt zwischen		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit (Stunden/Minuten)		
6.3	Angebener Todeszeitpunkt beruht auf						☐ eigenen Feststellungen ☐ Angaben Dritter	
6.4	Wenn Nr. 6.1 bis 6.3 nicht zutreffen:		tot aufgefunden		Tag		Monat	Jahr
6.5	Sterbeort oder Auffindort	☐ im Krankenhaus		☐ zu Hause		☐ im Heim		☐ im Hospiz
7.	Todesart	☐ natürlich		☐ nichtnatürlich (einschl. Verdacht)*		☐ 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	
9.	Zuletzt behandelnde Ärztin/Arzt (Name, Anschrift, Telefon)							
10.	Warnhinweise (Sargkennzeichnung!) ☐ Anhaltspunkte für Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz ☐ Radionuklide ☐ sonstiges							
11.	Todesursache lt. Leichenschau (nicht Endzustände wie Atemstillstand oder Herz-Kreislaufversagen, Beschreibung als Kausalkette, ggf. Zeitintervall bis Tod)						ICD-10	
11.1	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit a)							
11.2	Vorausgegangene Ursache(n) b)							
11.3	Grundleiden c)							
11.4	II. Andere wesentliche Krankheiten							
11.5	Äußere Ursache bei nichtnatürlichem Tod							
11.6	Epikrise (nähere Angaben, Hinweise)							
11.7	Nur bei Unfällen ☐ Arbeitsunfall ☐ häuslicher Unfall ☐ Verkehrsunfall ☐ Schulunfall ☐ Sport- oder Spielunfall ☐ sonstiger Unfall							
12.	Bei Frauen: Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt							
13.1	Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstarben:		Lebensdauer in vollen Stunden:		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche:		☐ unbekannt	
13.2	Bei Kindern unter 1 Jahr sowie Totgeborenen:		Mehrlingsgeburt: ☐ ja ☐ 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)			
	☐ § 87 Abs. 2 StPO		Einrichtung:					
	☐ sonstige		ärztliche Person:					
	☐ Sektionsschein ist beigelegt		☐ Sektionsschein wird nachgereicht					

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		Gemeinde-(Schlüssel)- Nr. des Standesamtes
5.	Identifikation	persönlich bekannt		Ausweis/Pass		Angaben Dritter		
6.1	Todeszeitpunkt festgestellt oder bestimmbar		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit (Stunden/Minuten)		
6.2	Wenn Nr. 6.1 nicht zutrifft: Todeszeitpunkt zwischen		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit (Stunden/Minuten)		
	und		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit (Stunden/Minuten)		
6.3	Angegebener Todeszeitpunkt beruht auf		☐ eigenen Feststellungen ☐ Angaben Dritter					
6.4	Wenn Nr. 6.1 bis 6.3 nicht zutreffen:		tot aufgefunden		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit (Stunden/Minuten)
6.5	Sterbeort oder Auffindeort	☐ im Krankenhaus ☐ zu Hause ☐ im Heim ☐ im Hospiz ☐ beim Transport		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.								
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:		Woche
13.2	Bei Kindern unter 1 Jahr sowie Totgeborenen:		Mehrlingsgeburt:		☐ ja ☐ nein	Länge:	cm	Geburtsgewicht:
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)			
	☐ § 87 Abs. 2 StPO		Einrichtung:					
	☐ sonstige		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		Gemeinde-(Schlüssel)-Nr. des Standesamtes
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	Angebener Todeszeitpunkt beruht auf		Tag		Monat		Jahr	
6.4	Wenn Nr. 6.1 bis 6.3 nicht zutreffen:		Tag		Monat		Jahr	
6.5	Sterbeort oder Auffindeort		im Krankenhaus		zu Hause		im Heim	
7.	Todesart		natürlich		nichtnatürlich (einschl. Verdacht)*		nicht aufgeklärt*	
8.	Zuletzt behandelnde Ärztin/Arzt (Name, Anschrift, Telefon)						Datum/Uhrzeit	
9.	Warnhinweise (Sargkennzeichnung!)		Anhaltspunkte für Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz		Radionuklide		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							
12.	Bei Frauen: Schwangerschaft?							
13.1	Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstarben:							
13.2	Bei Kindern unter 1 Jahr sowie Totgeborenen:							
14.	Leichenschau durch (Name, Vorname)						Datum/Uhrzeit der Leichenschau	
	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)						Arzt-Nr./Unterschrift (ggf. Stempel)	
	Telefon und E-Mail-Adresse							