

Freistaat Bayern Todesbescheinigung

(weiß)

Information für die Ärztin/den Arzt

Die Ausstellung der Todesbescheinigung ist keine bloße Formalität. Für die Feststellung des Todes besteht eine besondere Sorgfaltspflicht. Mit der Ausstellung der Todesbescheinigung werden die Weichen gestellt, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben wird, oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf einen nicht natürlichen Tod erforderlich sind. Zugleich hängt von der sorgfältigen Todesbescheinigung die Qualität der Todesursachenstatistik ab.

Um Fehler zu vermeiden, hat die Ärztin/der Arzt nach § 3 Abs. 1 BayBestV grundsätzlich die Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen einschließlich aller Körperöffnungen, des Rückens und der behaarten Kopfhaut durchzuführen.

Die Qualifizierung der Todesart prüft, ob Anhaltspunkte für einen **nicht natürlichen Tod** vorliegen. Die Qualifizierung als „nicht natürlicher Tod“ erfolgt, wenn die Ärztin/der Arzt im

Rahmen der Leichenschau Anhaltspunkte dafür findet, dass der Tod durch **Selbsttötung**, durch **Unfall**, durch **strafbare Handlung** oder durch **Einwirkung von außen** herbeigeführt wurde. Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod können sich auch aus den Gesamtumständen außerhalb des Befundes an der Leiche (z. B. Auffindeort, Alter des Verstorbenen) ergeben. Die Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod sind in der Todesbescheinigung (vertraulicher Teil) aufzuführen. Kann die Ärztin/der Arzt im Rahmen der Leichenschau nicht klären, ob ein natürlicher oder ein nicht natürlicher Tod vorliegt, so ist in der Todesbescheinigung die **Todesart** als **ungeklärt** anzugeben.

Bestehen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so hat die/der zur Leichenschau zugezogene Ärztin/Arzt unverzüglich die Polizei zu verständigen.

Hinweise zur Todesbescheinigung

Der Formularsatz für die Todesbescheinigung umfasst:

- einen nicht-vertraulichen Teil,
- einen vertraulichen Teil (Blatt 1 bis 5).

Todesbescheinigung – nicht-vertraulicher Teil

Der nicht-vertrauliche Teil der Todesbescheinigung wird nach Ausfüllung den Angehörigen zur Vorlage beim Standesamt übergeben.

Todesbescheinigung – vertraulicher Teil

Der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung besteht aus zwei Teilen (jeweils Blatt 1 bis 5). Der **vertrauliche Teil 1** ist **in jedem Falle** vollständig auszufüllen und unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben. Der **vertrauliche Teil 2** gibt der Ärztin/dem Arzt die Möglichkeit, **ergänzende Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod** anzuführen und **ergänzende Angaben zur Todesursache bzw. zu Begleiterkrankungen (Epikrise)** zu machen. Füllt die Ärztin/der Arzt den vertraulichen Teil 2 aus, so ist auch dieser unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

Nachdem der vertrauliche Teil (Blatt 1 bis 5) ausgefüllt und unterzeichnet ist, werden Blatt 1 bis 3 so in den anhängenden Fensterbriefumschlag eingelegt, dass im rechten oberen

Sichtfenster die notwendigen Eintragungen durch die Standesbeamtin/den Standesbeamten erfolgen können. Dieser Umschlag wird von der Ärztin/dem Arzt persönlich verschlossen und ist von den Angehörigen oder ihren Beauftragten zusammen mit dem nicht vertraulichen Teil beim zuständigen Standesamt abzugeben. **Bestehen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, ist dieser Umschlag der Polizei zu übergeben.**

Das Doppel für die Obduktion (Blatt 4) wird zusammen mit einem nicht ausgefüllten Obduktionsschein in den anhängenden fensterlosen Briefumschlag eingelegt, wenn die Ärztin/der Arzt, die/der die Leichenschau durchführt, Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod feststellt, die Todesursache ungeklärt ist oder aus anderen Gründen eine Obduktion in Betracht kommt. Dieser Umschlag wird dann ebenfalls von der Ärztin/dem Arzt persönlich verschlossen und verbleibt bei der Leiche. In den übrigen Fällen wird das Doppel für die Obduktion von der Leichenschauärztin/dem Leichenschauarzt vernichtet.

Blatt 5 des vertraulichen Teils ist für die persönlichen Unterlagen der Ärztin/des Arztes bestimmt.

Die amtliche Todesursachenstatistik wird nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, dass der Krankheitsablauf unter „Todesursache/Klinischer Befund“ in seiner Kausalkette angegeben wird.

Erläuterungen

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ist im Feld „Todesursache/Klinischer Befund“ der ICD-Code aufgeführt. Die Ärzte, die mit dieser Systematik vertraut sind, können unmittelbar eine Klassifizierung vornehmen. Es besteht keine Verpflichtung, die Klassifizierung nach dem ICD-Code vorzunehmen.

Für die Qualität der Todesursachenstatistik ist das Ausfüllen der Spalte „Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod“ von großer Bedeutung.

Weitere Angaben zu der „Unmittelbar zum Tode führenden Krankheit“ sowie den „Anderen wesentlichen Krankheiten“ im Sinne einer Multi-Morbidität können im Feld „Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)“ gemacht werden.

Im Feld „Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache“ sollte bei Unfalltoten die Kategorie „Sonstiger Unfall“ nur in begründeten Ausnahmefällen verwendet werden.

(weiß)

An das zuständige Standesamt

Todesbescheinigung – Nicht-vertraulicher Teil –

Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Landkreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden Minuten
			<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden			Zeitpunkt der Auffindung der Leiche: Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten	
Todesart <input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod				

ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESSE SEITE ABTRENNEN!

Identifikation

Auf Grund eigener Kenntnis
 Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass
 Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
 nicht möglich

Ort des Todes

Sterbeort Auffindungsort, falls nicht Sterbeort

Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o. ä.) Wohnanschrift (siehe oben)

PLZ, Ort, Landkreis

Warnhinweise

Herzschrittmacher

Infektionsgefahr (Schutzmaßnahmen nach § 7 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)

Sonstiges (z.B. Tatbestand gem. § 16e ChemG)

Zusatzangaben bei Totgeborenen

Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g

Als tote Leibesfrucht geboren In der Geburt verstorben
 Gewicht der Leibesfrucht | | | | | g

Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Blatt 1: Gesundheitsamt

Todesbescheinigung - Vertraulicher Teil 1 -

Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt		
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.		
PLZ, Wohnort, Landkreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.		
Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
Sterbezeitpunkt		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden Minuten
		<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen		<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden					
		Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:		Tag	Monat
		Jahr		Uhrzeit: Stunden	Minuten
Todesart <input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod					

Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt

Name und Telefonnummer der/des behandelnden Ärztin/Arztes oder Krankenhaus, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Sichere Zeichen des Todes

Totenstarre Totenflecke Faulnis Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind Hirntod

Reanimationsbehandlung: ja nein Reanimation passager erfolgreich (Wiedereinsetzen der Herzfähigkeit): ja nein

Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2

Todesursache/Klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II. Andere wesentliche Krankheiten			

Obduktion angestrebt? ja nein

Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		ICD-Code
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels		
Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)	
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt	cm
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im		-ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Erfolgte in den letzten 42 Tagen eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Erfolgte zwischen dem 43. Tag und dem Beginn des letzten Jahres vor Todeseintritt eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Blatt 1: Gesundheitsamt

Todesbescheinigung

– Vertraulicher Teil 2 –

(gelb)

Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname												
Straße, Hausnummer												
PLZ, Wohnort, Landkreis												
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort								
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich												
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen		<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten				
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden							Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung gibt der Ärztin/dem Arzt die Möglichkeit, ergänzende Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod anzuführen und ergänzende Angaben zur Todesursache bzw. zu Begleiterkrankungen (Epikrise) zu machen. Bei Ausfüllen des vertraulichen Teils 2 bitte im vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden. Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Falle vollständig auszufüllen!

Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

--

Ergänzende Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

--

Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
--

(weiß)

Blatt 1: Für die Leichenschau

Vorläufige Todesbescheinigung

Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		Nicht zur Vorlage beim Standesamt								
Straße, Hausnummer										
PLZ, Wohnort, Landkreis										
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort						
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich										
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten				
Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/>				Nach Angaben von Angehörigen/Dritten <input type="checkbox"/>						
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten

Identifikation

<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
---	---	---	--

Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	<input type="checkbox"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Reanimation passager erfolgreich (Wiedereinsetzen der Herzfähigkeit): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Sterbeort	<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls nicht Sterbeort
Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o.ä.)	
PLZ, Ort, Landkreis	<input type="checkbox"/> Wohnanschrift (siehe oben)

Hinweis:

Nach § 3 Abs. 4 Bayerische Bestattungsverordnung kann sich die Ärztin/der Arzt auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung nur dann beschränken, wenn sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt), die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat und sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird. Die/Der die vorläufige Todesbescheinigung ausstellende Ärztin/Arzt sollte die Person, die die Leichenschau veranlasst hat darauf hinweisen, unverzüglich eine/n weitere/n Ärztin/Arzt zur Vornahme der vollständigen Leichenschau zu benachrichtigen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wurde die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so ist auch die/der für die Behandlung von Notfällen eingeteilte Ärztin/Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu verständigen und ihr die vorläufige Todesbescheinigung zuzuleiten.

Die

vollständige Leichenschau

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt als die/den Not- bzw. Notfallärztin/arzt ist unverzüglich zu veranlassen, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes
--

Blatt 1: Gesundheitsamt

Obduktionsschein

Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Landkreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden Minuten
Geschlecht:				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten keine Angaben zu Todesursache/Klinischer Befund

Falls Todesursache/Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten: Todesursache/Klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
---	----------

I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II. Andere wesentliche Krankheiten			

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten

Blatt 2: Statistisches Landesamt

Obduktionsschein

Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Landkreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden Minuten
Geschlecht:				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten keine Angaben zu Todesursache/Klinischer Befund

Falls Todesursache/Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten: Todesursache/Klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
---	----------

I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II. Andere wesentliche Krankheiten			

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten