

An das
Klinikum Bremen-Mitte
Institut für Rechtsmedizin

Anmeldung
einer Leichenschau

Den vollständig ausgefüllten Antrag per Fax an (0421) 497 – 4450

Personalien der verstorbenen Person: (Name, Vorname, Geb.-Datum)

Nicht identifiziert

Bestatter:

Telefon:

Sterbeort:

Angehörige?

Telefon:

**Wo soll die Leichenschau
durchgeführt werden?**

Hausarzt / todesfeststellender Arzt

Telefon:

Sonstiges:

Datum

Unterschrift