

An das  
Klinikum Bremen-Mitte  
Institut für Rechtsmedizin

Anmeldung einer  
Leichenschau - Klinik

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