

Leichenschauschein
qualifizierte Leichenschau

FREIE HANSESTADT BREMEN

Blatt 1:
Rechtsmedizin/
Gesundheitsamt

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen

- Urheberrechtlich geschützt -
Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und
elektronische Speicherung verboten!

Blatt 1 und 2 (blau und rot) -> Umschlag „Rechtsmedizin/Gesundheitsamt“
Blatt 3 (gelb) -> Umschlag „verbleibt bei der Leiche“
Blatt 4 (grau) -> Leichenschauzettel

1. Familienname, Vorname, ggf. Geburtsname														
2. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer														
3. Geburtsdatum			Geburtsort, Kreis, ggf. Land					Geschlecht						
								<input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich				
4. Identifikation														
<input type="checkbox"/> persönlich bekannt			<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter			<input type="checkbox"/> Ausweis/Pass		<input type="checkbox"/> keine						
5. Todeszeitpunkt														
Tag			Monat		Jahr		Stunde		Minute		<input type="checkbox"/> nach eigenen Feststellungen		<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Tag			Monat		Jahr		Stunde		Minute		mit Sicherheit schon tot		Tag	
Tag			Monat		Jahr		Stunde		Minute		Tag		Monat	
Tag			Monat		Jahr		Stunde		Minute		Tag		Monat	
6. Sichere Todeszeichen:														
Reanimation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						Hirntoddiagnostik durchgeführt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
7. Sterbeort		<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiges												
7. Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)		PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, ggf. Einrichtung, Angaben zu ungewöhnlichen Orten; z.B. Gemarkung, Flurstück, Straßen-/Bahn-/Wasserstraßen-km												
8. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt		Name, Telefonnummer, Adresse												
9. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Beförderung, Bestattung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja														
folgende Hinweise bestehen										Implantierte Geräte				
										<input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> sonst.				
10. Meldepflichten														
<input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt			Grund der Meldung					
<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen (Selbsttötung, Unglücksfall, Tod durch äußere Einwirkung, Spätod nach VU oder unfallbedingte Verletzungen, Tod im geringen Alter ohne den Tod erklärende Vorerkrankung, fortgeschrittene Verwesung, Kunstfehlervorwurf, Tod im amtlichen Gewahrsam etc.)						<input type="checkbox"/> Leiche nicht identifiziert			Zuständige Behörde					
						<input type="checkbox"/> Tod im zeitlichen Zusammenhang mit einer Operation, Impfung etc.			wurde am					
						<input type="checkbox"/> Hinweise auf eine übertragbare Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes			um					
benachrichtigt														
11. Todesursache														
Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todesertritts, wie z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, welche den Tod herbeiführt														
Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod														
12. I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand														
a)														
b) bedingt durch (Folge von)														
c) Grundleiden														
12. II. Andere wesentliche Krankheitszustände die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen														
13. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; Äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels														
14. Nur bei Unfällen														
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall			<input type="checkbox"/> Schulunfall			<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall			<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall		<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall		<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall	
15. Bei Frauen														
a) Liegt eine Schwangerschaft vor?						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Monat		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt		
b) Entbindung, Interruption, Abort in den letzten 6 Wochen?						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt		
16. Bei Totgeburten oder Kindern < 1 Jahr														
Geburtsort						Mehrlingsgeburt		Länge bei Geburt		Geburtsgewicht				
						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		cm		g				
17. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind														
<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche			Woche		Lebensdauer in Stunden		<input type="checkbox"/> unbekannt							
18. Ärztliche Bescheinigung														
Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.														
Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)														