

Totenschein

1. Sterbefall <input type="checkbox"/> im Alter von 16 Jahren oder älter <input type="checkbox"/> im Alter von 1 bis unter 16 Jahre	Geburtsdatum Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> Geschl. <input type="text"/>
2. Familienname <input type="text"/> Geburtsname <input type="text"/> Rufname <input type="text"/>	Hauptwohnung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Ständige Hauptwohnung (PLZ, inkl. Stadtbezirk) im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> auf d. Kranken-transport <input type="checkbox"/> wo sonst? <input type="checkbox"/> Adresse: <input type="text"/>	Sterbeort <input type="text"/>
4. Sterbeort <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sterbedatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Sterbezeit Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten <input type="text"/> <input type="text"/> Verschlüsselung der Sterbestunde: Bis 29 Minuten nach jeder vollen Stunde abrunden, ab 30 Minuten auf die nächste volle Stunde aufrunden.	Sterbestunde <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Todesart natürl. Tod <input type="checkbox"/> 1 nichtnat. Tod (inkl. Verdacht) <input type="checkbox"/> 2 nicht auf-geklärt <input type="checkbox"/> 3 Sind Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod (Tod durch fremde Hand, Selbsttötung oder Unfall) vorhanden, ist die Todesart nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, ist unverzüglich die Polizei (Tel. 110) zu benachrichtigen.	Todesart <input type="text"/>
Äußere Ursache von Verletzungen und Vergiftungen (Zustandek. beschreib.) <input type="text"/>	Äußere Ursache <input type="text"/>
7. Nichtnatürl. Tod Unfallkategorie a) <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstoffall (ohne Wegeunfall) b) <input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) c) <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall zu a) u. b). d) <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall e) <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (außer bei schulischer Veranst. oder im Haus) f) <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall	Unfallkategorie <input type="text"/>
8. Zuletzt behandelnder Arzt beantragt nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bei wem? <input type="text"/>	Familienstand <input type="text"/>
9. Autopsie Path. Institut <input type="checkbox"/> Gerichtsmed. Institut <input type="checkbox"/> Durchführung in <input type="text"/>	Geburtsjahr des Ehepartners <input type="text"/> Eheschließungsjahr <input type="text"/> Anzahl der Lebendgeborenen (bei verst. Frauen) <input type="text"/>
10. Bei Frauen Liegt eine Schwangerschaft vor nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Erfolgte in den letzten 3 Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort (Zutreffendes unterstreichen) nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Bei Vorliegen einer Infektionskrankheit ³ oder Behandlung mit radioaktiven Isotopen innerhalb der letzten 3 Monate entsprechendes Feld deutlich sichtbar markieren. Infektionskrankheit <input type="checkbox"/> radioakt. Therapie <input type="checkbox"/> Es liegen vor eine Berufskr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> eine Krebserkr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Es liegen vor eine Berufskr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> eine Krebserkr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Todesursache, Feststellung bei der Leichenschau I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit (oder Krankheitszustand) Vorausgegangene Ursachen Krankheitszustände, welche zu der oben angegebenen Ursache geführt haben, mit dem Grundleiden an letzter Stelle a) _____ als Folge von _____ b) _____ c) _____ II. Andere wesentliche Krankheiten oder Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben (Begleitkrankheiten), ohne mit der Ursache a) in Zusammenhang zu stehen _____ _____ _____	Zeitdauer zwischen Krankheit und Tod <input type="text"/>
Ort, Datum, Uhrzeit der Ausstellung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Unterschrift und Namensstempel des ausstellenden Arztes mit der Einrichtung <input type="text"/>
12. Todesursache, Ergebnis der Autopsie I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit (oder Krankheitszustand) Vorausgegangene Ursachen Krankheitszustände, welche zu der oben angegebenen Ursache geführt haben, mit dem Grundleiden an letzter Stelle a) _____ als Folge von _____ b) _____ c) _____ II. Andere wesentliche Krankheiten oder Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben (Begleitkrankheiten), ohne mit der Ursache a) in Zusammenhang zu stehen _____ _____ _____	
Ort, Datum, Uhrzeit der Ausstellung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Unterschrift und Namensstempel des ausstellenden Arztes mit der Einrichtung <input type="text"/>