

Totenschein

<p>1. Sterbefall <input type="checkbox"/> im Alter von 16 Jahren oder älter <input type="checkbox"/> im Alter von 1 bis unter 16 Jahre</p>	<p>Geburtsdatum Geschl.*</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">Tag</td> <td style="width: 10%;">Monat</td> <td style="width: 10%;">Jahr</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr																																																									
Tag	Monat	Jahr																																																											
<p>2. Familienname <input style="width: 100%;" type="text"/> Geburtsname <input style="width: 100%;" type="text"/> Rufname <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																																																													
<p>3. Ständige Hauptwohnung (PLZ, inkl. Stadtbezirk)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Hauptwohnung</p>																																																													
<p>4. Sterbeort <input type="checkbox"/> 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 style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Sterbeort</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Sterbe- datum</p>																																																												
<p>5. Sterbezeit <input type="checkbox"/> Stunden <input type="checkbox"/> Minuten <input type="checkbox"/> Verschlüsselung der Sterbestunde: Bis 29 Minuten nach jeder vollen Stunde abrunden, ab 30 Minuten auf die nächste volle Stunde aufrunden.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sterbestunde</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																																																												
<p>6. Todesart <input type="checkbox"/> natürl. Tod <input type="checkbox"/> nichtnat. Tod (inkl. Verdacht) <input type="checkbox"/> nicht auf-geklärt <input type="checkbox"/></p> <p><small>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.</small></p>	<p><input type="checkbox"/> Todesart</p>																																																												
<p>Äußere Ursache von Verletzungen und Vergiftungen (Zustandek. beschreib.)¹ <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Äußere Ursache</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																																																												
<p>7. Nichtnatürl. Tod Unfallkategorie <input type="checkbox"/> a) Arbeits- oder Dienstoffall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> b) Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> c) Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall zu a) u. b.) <input type="checkbox"/> d) Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> e) Sport- oder Spielunfall (außer bei schulischer Veranst. oder im Haus) <input type="checkbox"/> f) Sonstiger Unfall <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Unfallkategorie</p>																																																												
<p>8. Zuletzt behandelnder Arzt <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bei wem? <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Familienstand</p>																																																												
<p>9. Autopsie Path. Institut <input type="checkbox"/> Gerichtsmed. Institut <input type="checkbox"/></p> <p>Durchführung in <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Bei Vorliegen einer Infektionskrankheit² oder Behandlung mit radioaktiven Isotopen innerhalb der letzten 3 Monate entsprechendes Feld deutlich sichtbar markieren</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Infektionskrankheit</td><td>radioakt. Therapie</td> </tr> </table>			Infektionskrankheit	radioakt. Therapie	<p><input type="checkbox"/> Geburtsjahr des Ehepartners</p> <p><input type="checkbox"/> Eheschließungsjahr</p> <p><input type="checkbox"/> Anzahl der Lebendgeborenen (bei verst. Frauen)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																																																								
Infektionskrankheit	radioakt. Therapie																																																												
<p>10. Bei Frauen <input type="checkbox"/> Liegt eine Schwangerschaft vor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Erfolgte in den letzten 3 Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort (Zutreffendes unterstreichen)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>nein</td><td>unbekannt</td><td>ja</td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p>Es liegen vor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p> </p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p> </p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p> </p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							nein	unbekannt	ja																																																				
nein	unbekannt	ja																																																											
<p>11. Todesursache, Feststellung bei der Leichenschau</p> <p>I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit (oder Krankheitszustand) <input type="checkbox"/> a) <input style="width: 100%;" type="text"/> als Folge von <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Vorausgegangene Ursachen Krankheitszustände, welche zu der oben angegebenen Ursache geführt haben, mit dem Grundleiden an letzter Stelle <input type="checkbox"/> b) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> c) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>II. Andere wesentliche Krankheiten oder Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben (Begleitkrankheiten), ohne mit der Ursache a) in Zusammenhang zu stehen <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Zeitdauer zwischen Krankheit und Tod</p>																																																												
<p>Ort, Datum, Uhrzeit der Ausstellung <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Unterschrift und Namensstempel des ausstellenden Arztes mit der Einrichtung <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																																																												
<p>12. Todesursache, Ergebnis der Autopsie</p> <p>I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit (oder Krankheitszustand) <input type="checkbox"/> a) <input style="width: 100%;" type="text"/> als Folge von <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Vorausgegangene Ursachen Krankheitszustände, welche zu der oben angegebenen Ursache geführt haben, mit dem Grundleiden an letzter Stelle <input type="checkbox"/> b) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> c) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>II. Andere wesentliche Krankheiten oder Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben (Begleitkrankheiten), ohne mit der Ursache a) in Zusammenhang zu stehen <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																																																													
<p>Ort, Datum, Uhrzeit der Ausstellung <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Unterschrift und Namensstempel des ausstellenden Arztes mit der Einrichtung <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																																																												