

# Leichenbegleitschein

**Bitte vollständig ausfüllen und per Fax an: 0551/39-12947**

<b>Patientendaten (Patientenaufkleber)</b>  Name, Vorname _____  Adresse _____  Geburtsdatum _____	<b>Station/Einrichtung:</b>  Zuständiger Arzt/Ärztin _____  Telefon _____ Pieper _____
--	--

<b>Todestag +-stunde:</b> _____	: _____ Uhr	<input type="checkbox"/> <b>natürlicher Tod</b>	<input type="checkbox"/> <b>meldepflichtiger Tod*</b>
TT    MM    JJJJ			

**\*Eine Meldepflicht liegt insbesondere vor, wenn – bitte ankreuzen!**

- 1. Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass der Tod durch eine Selbsttötung, einen Unfall oder ein Einwirken Dritter verursacht ist (nicht natürlicher Tod),
- 2. Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass der Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung verursacht ist,
- 3. Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass der Tod auf eine außergewöhnliche Entwicklung im Verlauf der Behandlung zurückzuführen ist
- 4. der Tod während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauffolgenden 24 Stunden eingetreten ist
- 5. die Todesursache ungeklärt ist
- 6. die verstorbene Person nicht sicher identifiziert werden kann
- 7. der Tod in amtlichem Gewahrsam eingetreten ist
- 8. die verstorbene Person das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist,
- 9. bereits fortgeschrittene oder erhebliche Veränderungen der Leiche eingetreten sind

- Staatsanwaltschaft** wurde verständigt
- Freigabe** Staatsanwaltschaft laut Auskunft durch \_\_\_\_\_
- Der nächste Angehörige ist wegen einer *Wiederholung der äußeren Leichenschau* im Rahmen des Leichenschaukurses für Studierende durch die Abteilung Rechtsmedizin angesprochen worden.

Er/Sie hat  zugestimmt  
 nicht zugestimmt

**Autopsie gewünscht** – bitte letzten Arztbrief und Laborbefunde beifügen

- Zustimmung liegt vor**     vom Verstorbenen     von Angehörigen \_\_\_\_\_  
(Name der/des Angehörigen)
- Infektiosität**     Hep B     Hep C     HIV  
 Tbc     Antibiotikaresist. Keime     andere \_\_\_\_\_

**Diagnosen, Vorgeschichte, Krankheitsverlauf:**

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ Datum                                      Name des Arztes/Ärztin (**Druckbuchstaben**)                                      Unterschrift