

TOTENBESCHAUBEFUND

Familienname, Vorname		Tag, Monat, Jahr, Zeitpunkt ¹⁾ sowie Ort ²⁾ des Todes		
Tag, Monat und Jahr der Geburt		<small>1) samt Angabe, woher diese Information stammt (z.B. Pflegepersonal, Angehörige,...) 2) Name, Anschrift und Station der Krankenanstalt/des Heimes oder Anschrift der Wohnung, in der der Tod eingetreten ist, sonst möglichst genaue Bezeichnung des Todesortes.</small>		
Geschlecht männlich weiblich	Letzte Wohnanschrift			
Identität festgestellt durch (zB. Lichtbildausweis)				
Daten des behandelnden Arztes (Name, Ort)				
Todesursache				
Totgeburt	ja	nein		
Infektiöse Leiche	ja	nein		
Batteriebetriebene Implantate vorhanden? <small>(zB Herzschrittmacher, Medikamentenpumpe)</small>	ja	nein		
Obduktion vorgeschlagen	nein	klinisch	sanitätspolizeilich	gerichtlich
Verbringung der Leiche erfolgte vor Durchführung der Totenbeschau (Ortsangaben)				
Sanitätspolizeiliche Vorgaben des Beschauarztes hinsichtlich Umgang mit der Leiche und Aufbahrung				
thanatopraktische Behandlung nicht zulässig		rituelle Waschung nicht zulässig		
Versorgungsvorschrift/Maßnahmen				
offene Aufbahrung/Hausaufbahrung zulässig bis				
für Transport/Maßnahmen				
Abweichung vom gesetzlichen Beisetzungszeitraum				
Sonstiges:				
Stempel der Krankenanstalt bzw. des Beschauarztes, Datum, Unterschrift des Beschauarztes				
Zur Bestattung/Kremierung freigegeben				
ja		nein		
Stempel der Krankenanstalt bzw. des Beschauarztes, Datum, Unterschrift des Beschauarztes				