



# Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt

Herausgegeben von der Sächsischen Staatskanzlei

Nr. 9/2009

Dresden, den 10. Juli 2009

ZKZ 73796

## Inhaltsverzeichnis

<b>Gesetz zur Neufassung des Gesetzes über Spielbanken im Freistaat Sachsen und zur Änderung des Sächsischen Ausführungsgesetzes zum Glücksspielstaatsvertrag vom 26. Juni 2009</b> .....	318	Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern zur Änderung der Förderzuständigkeitsverordnung SMI vom 26. Juni 2009 .....	410
<b>Gesetz zur Änderung des Sächsischen Eigenbetriebsgesetzes vom 26. Juni 2009</b> .....	323	Polizeiverordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern zur Aufhebung der Graffitiverordnung vom 28. Mai 2009 .....	410
<b>Sechstes Gesetz zur Änderung des Sächsischen Beoldungsgesetzes vom 19. Juni 2009</b> .....	327	Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Arbeit über die Erhebung der Umlage nach dem Sächsischen Börsenaufsichtskostengesetz (Sächsische Börsenaufsichtskostenverordnung – SächsBörsAufsKVO) vom 1. Juli 2009 .....	411
<b>Gesetz zur Änderung sächsischer Gesetze infolge der Neufassung des Sächsischen Hochschulgesetzes vom 26. Juni 2009</b> .....	375	Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst über die Festsetzung von Zulassungszahlen an den Universitäten und Fachhochschulen im Studienjahr 2009/2010 (Sächsische Zulassungszahlenverordnung 2009/2010 – SächsZZVO 2009/2010) vom 24. Juni 2009 .....	412
<b>Gesetz zur Förderung der Teilnahme von Kindern an Früherkennungsuntersuchungen vom 19. Juni 2009</b> .....	379	Verordnung der Landesdirektion Chemnitz über die Bestimmung von Ausflugsorten mit besonderem Besucheraufkommen vom 17. Juni 2009.....	418
<b>Gesetz zur Änderung des Sächsischen Bestattungsgesetzes vom 19. Juni 2009</b> .....	382	Bekanntmachung der Sächsischen Staatskanzlei über das Inkrafttreten von Staatsverträgen vom 24. Juni 2009.....	418
Verordnung der Sächsischen Staatsregierung, des Sächsischen Staatsministeriums des Innern, des Sächsischen Staatsministeriums der Justiz, des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen, des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus, des Sächsischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst, des Sächsischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Arbeit, des Sächsischen Staatsministeriums für Umwelt und Landwirtschaft und des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zur Änderung der Sächsischen Laufbahnverordnung und anderer Verordnungen vom 23. Juni 2009 .....	402		

# Gesetz

## zur Änderung des Sächsischen Bestattungsgesetzes

Vom 19. Juni 2009

Der Sächsische Landtag hat am 13. Mai 2009 das folgende Gesetz beschlossen:

### Artikel 1

Das Sächsische Gesetz über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen (Sächsisches Bestattungsgesetz – SächsBestG) vom 8. Juli 1994 (SächsGVBl. S. 1321), zuletzt geändert durch Artikel 53 des Gesetzes vom 29. Januar 2008 (SächsGVBl. S. 138, 178), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - a) Nach der Angabe zu § 8 wird folgende Angabe eingefügt:  
„§ 8a Gräber der Opfer von Krieg und Gewaltherrschaft“.
  - b) Die Angabe zu § 18 wird wie folgt gefasst:  
„§ 18 Allgemeine Vorschriften zur Bestattung“.
  - c) Nach der Angabe zu § 18 werden folgende Angaben eingefügt:  
„§ 18a Erdbestattung  
§ 18b Feuerbestattung“.
  - d) In der Angabe zu § 19 wird das Wort „Wartefristen“ durch das Wort „Fristen“ ersetzt.
  - e) In der Angabe zu § 20 werden die Wörter „Einäscherung und“ gestrichen.
  - f) Nach der Angabe zu § 26 werden folgende Angaben angefügt:  
„Anlage 1 (zu § 14 Abs. 1)  
Anlage 2 (zu § 12 Abs. 3)  
Anlage 3 (zu § 15 Abs. 5)  
Anlage 4 (zu § 17 Abs. 3)“.
2. § 1 Abs. 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:  
„Zuständige Genehmigungsbehörde ist
  1. in kreisangehörigen Gemeinden der Landkreis,
  2. in Kreisfreien Städten die Kreisfreie Stadt.“
3. § 2 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter „sowie auf Antrag eines Gemeindegewohners bei dessen besonderem berechtigtem Interesse auch die Bestattung einer sonstigen verstorbenen Person“ gestrichen.
    - bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:  
„Die Bestattung anderer Verstorbener kann durch Satzung der Gemeinde ermöglicht werden.“
  - b) In Absatz 3 Satz 2 werden nach den Wörtern „bereitgestellt werden“ die Wörter „und welche anderen Begräbnisformen zugelassen sind“ eingefügt.
4. § 3 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 werden die Wörter „Kirchengemeinden und Kirchengemeindeverbände“ durch die Wörter „Kirchengemeinden und Kirchengemeindeverbände“ ersetzt.
  - b) In Absatz 4 Satz 2 wird nach dem Wort „Aschen“ das Wort „Verstorbener“ eingefügt.
5. § 6 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:  
„(2) Die Mindestruhezeit beträgt bei Fehlgeborenen und bei Leichen von Kindern, die tot geboren oder vor Vollendung

des 2. Lebensjahres gestorben sind, 10 Jahre, im Übrigen 20 Jahre. Für Aschen Verstorbener gelten die Ruhezeiten entsprechend.“

6. § 7 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:  
„(1) Die Gemeinden regeln die Benutzung von Gemeindefriedhöfen und Leichenhallen sowie die Gestaltung von Grabstätten durch Satzung.“
7. Nach § 8 wird folgender § 8a eingefügt:  
**„§ 8a  
Gräber der Opfer von Krieg und Gewaltherrschaft**  
(1) Die Gemeinden sind zuständig für die Feststellung und Erhaltung der Gräber sowie die Auskunftserteilung nach § 5 des Gesetzes über die Erhaltung der Gräber der Opfer von Krieg und Gewaltherrschaft (Gräbergesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. August 2005 (BGBl. I S. 2426), in der jeweils geltenden Fassung.  
(2) Die Landesdirektion Chemnitz ist zuständig für
  1. die Gewährung der Ruherechtsentschädigung nach § 3 des Gräbergesetzes,
  2. die Übernahme eines Grundstücks nach § 4 des Gräbergesetzes,
  3. die Zustimmung zu Verlegungen nach § 6 des Gräbergesetzes und
  4. die Anordnung einer Ausbettung und Identifizierung nach § 8 des Gräbergesetzes.  
(3) Die vom Bund nach § 10 Gräbergesetz ausgereichten Mittel werden durch die Landesdirektion Chemnitz an die Gemeinden weitergeleitet.“
8. § 9 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:  
„Menschliche Leiche im Sinne des Gesetzes ist der Körper eines Menschen, der sichere Zeichen des Todes aufweist.“
9. § 10 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „nächste“ das Wort „voll“ eingefügt.
    - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:  
„Als nächste Angehörige gelten in der Reihenfolge der Aufzählung
      1. der Ehegatte oder der Lebenspartner nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3189, 3191), in der jeweils geltenden Fassung,
      2. die Kinder,
      3. die Eltern,
      4. die Geschwister,
      5. der Partner einer auf Dauer angelegten nichtehelichen Lebensgemeinschaft nach § 7 Abs. 3 Nr. 3 in Verbindung mit Abs. 3a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954, 2955), das zuletzt durch Artikel 8 und 9 des Gesetzes vom 2. März 2009 (BGBl. I S. 416, 429, 430) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung,

- 6. der sonstige Sorgeberechtigte,
- 7. die Großeltern,
- 8. die Enkelkinder,
- 9. sonstige Verwandte bis zum 3. Grade.“

cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Kommt für die Verantwortlichkeit ein Paar (Nummern 3 und 7) oder eine Mehrheit von Personen (Nummern 2, 4, 8 und 9) in Betracht, so geht jeweils die ältere Person der jüngeren in der Verantwortlichkeit vor, es sei denn, die Verantwortlichen haben einvernehmlich eine andere Lösung getroffen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Ist ein Bestattungspflichtiger im Sinne des Absatzes 1 und 2 nicht vorhanden oder nicht rechtzeitig zu ermitteln oder kommt er seiner Pflicht nicht nach und veranlasst kein anderer die Bestattung, hat die für den Sterbeort zuständige Ortpolizeibehörde auf Kosten des Bestattungspflichtigen für die Bestattung zu sorgen. Abweichend von Absatz 1 Satz 3 haften ein Paar oder eine Mehrheit von Personen der Ortpolizeibehörde als Gesamtschuldner für die Bestattungskosten. Diese werden durch Leistungsbescheid festgesetzt. Widerspruch und Anfechtungsklage haben keine aufschiebende Wirkung.“

10. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Zur Vornahme der Leichenschau sind verpflichtet:

1. jeder erreichbare, in der ambulanten Versorgung tätige Arzt, vorrangig jedoch der behandelnde Hausarzt im Rahmen seines Sicherstellungsauftrages,
2. die während des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes tätigen Ärzte,
3. bei Sterbefällen in Krankenhäusern oder vergleichbaren Einrichtungen jeder dort tätige Arzt, der von der Leitung des Krankenhauses oder der Einrichtung dazu bestimmt ist,
4. bei Sterbefällen in einem Fahrzeug des Rettungsdienstes oder eines sonstigen organisierten Krankentransportwesens der in dem jeweils nächstgelegenen Krankenhaus diensthabende Arzt.

Die Leichenschau kann auch von einem Facharzt für Rechtsmedizin übernommen werden, wenn dieser sich bereit erklärt hat, die Leichenschau anstelle des nach Satz 1 oder Absatz 4 verpflichteten Arztes durchzuführen. Der nach § 10 Abs. 1 Verantwortliche ist berechtigt, den Arzt, der den Verstorbenen wegen der dem Tode unmittelbar vorausgegangenen Krankheit behandelt hat, als Leichenschauarzt abzulehnen. Macht der Angehörige von diesem Recht Gebrauch, hat er unverzüglich selbst zu veranlassen, dass ein anderer Arzt die Leichenschau vornimmt.“

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

c) Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden die Absätze 3 und 4.

d) Im neuen Absatz 3 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:

„Liegt kein weiterer Rettungsdiensteseinsatz aktuell vor, soll der Arzt die vollständige Leichenschau durchführen. Das Rettungsdienstprotokoll ist bei der Leiche zurückzulassen. Das Rettungsdienstprotokoll ist vom Leichenschauarzt zusammen mit dem Blatt 3 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung zu verschließen und verbleibt bei der Leiche.“

11. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 5 wird die Angabe „§ 12 Abs. 4 Satz 1“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 3 Satz 1“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Selbsttötung“ die Wörter „durch Komplikationen medizinischer Behandlungen“, eingefügt.

c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Ergibt die Untersuchung der Leiche keine Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod, legen aber die Gesamtumstände Zweifel an einem natürlichen Tod nahe, muss die Todesart als ungeklärt in der Todesbescheinigung vermerkt und die Polizei benachrichtigt werden.“

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 3 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundes-Seuchengesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2262), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378)“ wird durch die Angabe „§ 6 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 13. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2904, 2915) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.

bb) Die Wörter „entsprechend gekennzeichnet wird“ werden durch die Wörter „, der Sarg und der Umschlag der Todesbescheinigung entsprechend gekennzeichnet werden“ ersetzt.

e) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Weist die Leiche Zeichen radioaktiver Stoffe auf oder wird dies aufgrund einer radioaktiven Behandlung vermutet, so hat der Arzt dies auf der Todesbescheinigung und auf dem Sarg zu vermerken.“

12. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „vier Exemplaren“ durch die Wörter „Blatt 1 bis 4“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Das Wort „darf“ wird durch das Wort „muss“ ersetzt.

bb) Das Wort „nur“ wird gestrichen.

cc) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. minutengenaue Zeitpunkt des Todes, Ort des Todes oder Auffindens, bei Totgeborenen außerdem das Geburtsgewicht; ein Sterbezeitraum darf nur angegeben werden, wenn der minutengenaue Todeszeitpunkt nicht bekannt ist.“

dd) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Krankheiten“ die Wörter „oder radioaktive Verstrahlung“ eingefügt.

ee) In Nummer 8 werden nach dem Wort „Todes“ die Wörter „mit der vollständigen Textangabe und der Verschlüsselung nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10-WHO in der jeweils aktuellen Version“ eingefügt.

ff) Nummer 10 wird gestrichen.

gg) Die bisherigen Nummern 11 bis 13 werden die Nummern 10 bis 12.

hh) In der neuen Nummer 11 wird das Wort „drei“ durch die Ziffer „3“ ersetzt.

c) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „13“ durch die Angabe „12“ ersetzt.

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Ein Exemplar“ durch die Angabe „Blatt 4“ ersetzt.

- bb) In Satz 2 werden die Wörter „Ein weiteres Exemplar“ durch die Angabe „Blatt 3“ ersetzt.
- cc) In Satz 3 werden die Wörter „Die beiden übrigen Exemplare“ durch die Angabe „Blatt 1 und 2“ ersetzt.
- dd) In Satz 4 wird das Wort „nächsten“ durch die Wörter „3. auf den Tod folgenden“ ersetzt.
- ee) Satz 5 wird wie folgt gefasst:  
„Der Standesbeamte öffnet Blatt 1 und 2 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung, beurkundet den Sterbefall im Sterbebuch, die Totgeburt im Geburtenbuch, vermerkt die Beurkundung in der Todesbescheinigung, behält den nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung in seinen Unterlagen und leitet spätestens am nächsten Werktag Blatt 1 und 2 des vertraulichen Teils an das Gesundheitsamt des Sterbeortes weiter.“
- e) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Wörter „die jeweils zuständige Behörde“ werden durch die Wörter „das Gesundheitsamt des Sterbeortes“ ersetzt.
- bb) Die Wörter „des nichtvertraulichen und“ werden gestrichen.
- cc) Das Wort „Richtigkeit“ wird durch das Wort „Schlüssigkeit“ ersetzt.
- f) Nach Absatz 4 werden folgende Absätze 5 und 6 eingefügt:  
„(5) Das Gesundheitsamt des Sterbeortes leitet Blatt 2 des vertraulichen Teils an das Statistische Landesamt weiter.  
(6) Die Daten der Todesbescheinigung können auch elektronisch übermittelt werden.“
- g) Die bisherigen Absätze 5 und 6 werden die Absätze 7 und 8.
- h) Im neuen Absatz 7 wird Satz 2 wie folgt gefasst:  
„Es übermittelt dem Gesundheitsamt des letzten Hauptwohnortes eine Kopie der Todesbescheinigung.“
- i) Im neuen Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.
13. § 15 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 wird die Angabe „§ 32 Abs. 3 des Bundesseuchengesetzes“ durch die Angabe „§ 26 Abs. 3 IfSG“ ersetzt.
- bb) In Nummer 3 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.
- cc) In Nummer 4 wird der Punkt durch das Wort „oder“ ersetzt.
- dd) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 angefügt:  
„5. von dem zuständigen Gesundheitsamt bei einem plötzlich und unerwartet eingetretenen Todesfall, an dessen Aufklärung ein besonderes Interesse besteht, angeordnet wird. Ein besonderes öffentliches Interesse an der Obduktion ist insbesondere dann anzunehmen, wenn wegen Unklarheit der Todesursache, zur Beweissicherung oder zur Qualitätssicherung die Obduktion als so gewichtig anzusehen ist, dass sie auch ohne Zustimmung nach Nummer 4 durchzuführen ist. Der nach § 10 Abs. 1 verantwortliche Angehörige soll zuvor gehört werden.“
- ee) Nach Satz 1 wird folgender Satz angefügt:  
„In den Fällen der Nummern 4 und 5 ist das entsprechende Feld auf der Todesbescheinigung zu kennzeichnen.“
- b) In Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „drei“ durch die Ziffer „3“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „von Herzschrittmachern oder“ gestrichen.
- d) In Absatz 5 werden nach dem Wort „unverzüglich“ die Wörter „nach Abschluss auch aller eventuell notwendigen Zusatzuntersuchungen“ eingefügt.
- e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird gestrichen.
- bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Gesundheitsamt“ die Wörter „des Sterbeortes“ eingefügt.
14. § 16 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „während“ die Wörter „oder in unmittelbarem Zusammenhang mit“ eingefügt.
- bb) In Satz 4 wird das Wort „Eintritt“ durch das Wort „Feststellung“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:  
„(3) Die Leiche muss in einem festen, gut abgedichteten und aus umweltgerecht abbaubarem Material bestehenden Sarg gelegt werden, dessen Boden grundsätzlich mit einer 5 bis 10 cm hohen Schicht aus Sägemehl, Sägespänen, Holzwolle oder anderen geeigneten aufsaugenden Stoffen bedeckt ist.“
- c) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 3 des Bundes-Seuchengesetzes“ durch die Angabe „§ 6 IfSG“ ersetzt.
- d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Aufbewahrung“ durch das Wort „Aufbahrung“ ersetzt.
- bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:  
„Räume zur ausschließlichen Aufbewahrung von Leichen dürfen darüber hinaus eine Raumtemperatur von maximal 8 Grad Celsius aufweisen.“
15. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:  
„§ 18b Abs. 2 bis 5 bleibt unberührt.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 3 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der Halbsatz 2 gestrichen.
- bb) Es wird folgender Satz angefügt:  
„§ 18a Abs. 3 und § 18b Abs. 4 bleiben unberührt.“
- c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:  
„(5) Bei der Beförderung einer Leiche über die Grenze der Bundesrepublik Deutschland ins Ausland muss der Sarg undurchlässig und mit saugfähigen Stoffen ausgekleidet sein. Der Sarg muss
- entweder aus einem äußeren Holzsarg mit einer Wandstärke von mindestens 20 mm und einem sorgfältig verlöteten inneren Sarg aus Zink oder aus einem anderen Stoff, der sich selbst zersetzt, oder
  - aus einem einzigen sorgfältig abgedichteten Holzsarg mit einer Wandstärke von mindestens 30 mm, der mit einer Schicht aus Zink oder aus einem anderen Stoff, der sich selbst zersetzt, ausgekleidet ist, bestehen.“
- d) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:  
„(7) Bei der Beförderung oder dem Versand einer Urne mit der Asche eines Verstorbenen genügt es anstelle der in den Absätzen 1 bis 6 geregelten Anforderungen, wenn die Urne sicher verschlossen mit den Identitätsdaten des Toten gekennzeichnet und ihr der Einäscherungsschein

sowie der Urnenaufnahmeschein des Friedhofs, der zur Aufnahme der Asche bestimmt ist, beigefügt sind. Soll die Urne auf Wunsch des Verstorbenen von einem Schiff aus auf hoher See beigesetzt werden, genügt anstelle des Urnenaufnahmescheins nach Satz 1 die Genehmigung der für die Seebestattung zuständigen Behörde des Küstenlandes.“

16. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 18**

**Allgemeine Vorschriften zur Bestattung“.**

b) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Bestattung“ die Wörter „im Freistaat Sachsen“ eingefügt.

c) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „,sofern die Fehlgeburt später als zwölf Wochen nach der Empfängnis stattgefunden hat“ gestrichen.

d) In Absatz 3 Satz 4 werden die Wörter „des Toten“ durch die Wörter „und die Religionszugehörigkeit des Verstorbenen“ ersetzt.

e) Die Absätze 4 bis 7 werden wie folgt gefasst:

„(4) Die Bestattung kann als Erd- oder Feuerbestattung vorgenommen werden. Implantate sind vor der Erd- oder Feuerbestattung vom Leichenschauarzt oder Bestatter zu entfernen, wenn sonst Schäden für die Umwelt oder an der Verbrennungsanlage zu befürchten wären.

(5) Vor einer Beisetzung ist dem Friedhofsträger die Sterbeurkunde im Original vorzulegen.

(6) Sofern Fehlgeborene (§ 9 Abs. 2) und Feten aus operativen und medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen nicht gemäß Absatz 2 bestattet werden, sind sie innerhalb eines Jahres zu bestatten, sofern sie nicht zu medizinischen, pharmazeutischen oder wissenschaftlichen Zwecken verwendet oder sofern sie nicht als Beweismittel aufbewahrt werden. Die Bestattung kann auch gemeinschaftlich oder anonym erfolgen.

(7) Abgetrennte Körperteile von Lebenden und Teile von Leichen einschließlich der Teile von Leichen von unmittelbar vor oder nach der Geburt verstorbenen Kindern sind von dem Inhaber des Gewahrsams innerhalb eines Jahres hygienisch einwandfrei zu beseitigen, sofern diese Teile nicht zum Zwecke der Übertragung auf Menschen entnommen worden sind und für diesen Zweck verwendet werden (Transplantate) oder sofern sie nicht zu medizinischen, pharmazeutischen oder wissenschaftlichen Zwecken verwendet oder sofern sie nicht als Beweismittel aufbewahrt werden.“

f) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Bei einem Körperspender für die Anatomie muss vor der anatomischen Verwendung der Leiche die nach § 18b Abs. 2 vorgeschriebene besondere amtliche Leichenschau (2. Leichenschau) durchgeführt werden.“

17. Nach § 18 werden folgende §§ 18a und 18b eingefügt:

**„§ 18a**

**Erdbestattung**

(1) Erdbestattung ist die Beisetzung der Leiche in einer Grabstätte.

(2) Die Erdbestattung ist zulässig, wenn der Standesbeamte des Sterbeortes auf der Todesbescheinigung vermerkt hat, dass der Sterbefall in das Sterbebuch, die Totgeburt in das Geburtenbuch eingetragen ist.

(3) Bei nichtnatürlichen Todesfällen oder bei der Leiche eines Unbekannten ist zusätzlich das schriftliche Einverständnis der Staatsanwaltschaft oder des Ermittlungsrichters beim Amtsgericht des Sterbeortes erforderlich. Dies gilt

nicht bei einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch.

**§ 18b**

**Feuerbestattung**

(1) Feuerbestattung ist die Einäscherung der Leiche und die Beisetzung ihrer Asche in einer Grabstätte.

(2) Eine Einäscherung ist zulässig, wenn der Standesbeamte des Sterbeortes auf der Todesbescheinigung vermerkt hat, dass der Sterbefall in das Sterbebuch, die Totgeburt in das Geburtenbuch eingetragen ist. Zusätzlich muss eine Unbedenklichkeitserklärung des Gesundheitsamtes des Einäscherungsortes vorliegen, aus der hervorgeht, dass aufgrund einer zweiten, von einem Facharzt für Rechtsmedizin durchgeführten Leichenschau keine Bedenken gegen eine Einäscherung bestehen. Falls in einer Region nicht genügend Fachärzte für Rechtsmedizin für die Durchführung der zweiten Leichenschau zur Verfügung stehen, kann diese Leichenschau auch von einem in der Leichenschau erfahrenen Facharzt für Pathologie durchgeführt werden. Eine Kopie der Unbedenklichkeitserklärung ist dem Gesundheitsamt des Sterbeortes zuzuleiten. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht bei einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch.

(3) Die zweite Leichenschau entfällt, wenn bereits die ärztliche Leichenschau von einem Facharzt für Rechtsmedizin vorgenommen wurde.

(4) Ergeben sich bei der zweiten Leichenschau Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod oder handelt es sich um die Leiche eines Unbekannten, ist anstelle der Unbedenklichkeitserklärung des Gesundheitsamtes das schriftliche Einverständnis der Staatsanwaltschaft oder des Ermittlungsrichters beim Amtsgericht des Sterbeortes erforderlich.

(5) Wird die Leiche zur Einäscherung in ein anderes Land der Bundesrepublik Deutschland überführt, hat das Gesundheitsamt des Sterbeortes eine zweite Leichenschau zu veranlassen, es sei denn, in dem jeweiligen Bundesland ist ebenfalls eine zweite Leichenschau vorgeschrieben. Bei Überführung einer Leiche zur Einäscherung in das Ausland ist immer eine zweite Leichenschau durchzuführen. Absatz 3 bleibt unberührt.

(6) Die Urne zur Beisetzung der Asche eines Verstorbenen muss innerhalb der Ruhefrist umweltgerecht abbaubar sein.“

18. § 19 wird wie folgt gefasst:

**„§ 19**

**Fristen für die Bestattung**

(1) Die Erdbestattung oder Einäscherung darf frühestens 48 Stunden nach Feststellung des Todes erfolgen. Sie muss innerhalb von 8 Tagen nach Feststellung des Todes durchgeführt werden. Samstage, Sonntage und Feiertage werden bei der Fristberechnung nicht mitgezählt. Satz 1 gilt nicht für Leichen, die zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken in ein Krankenhaus oder eine wissenschaftliche Einrichtung gebracht werden. Diese Leichen sind zu bestatten, sobald sie nicht mehr diesen Zwecken dienen.

(2) Die Asche eines Verstorbenen ist innerhalb von 6 Monaten nach der Einäscherung auf einem Bestattungsplatz (§ 1 Abs. 1) beizusetzen.

(3) Das Gesundheitsamt des Sterbeortes kann die 48-Stunden-Frist verkürzen, wenn andernfalls gesundheitliche oder hygienische Gefahren zu befürchten wären; es kann die 8-Tage-Frist verlängern, wenn gesundheitliche oder hygienische Bedenken nicht entgegenstehen.

(4) § 18a Abs. 2 und 3, § 18b Abs. 2 und 4 dieses Gesetzes sowie § 28 des Personenstandsgesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122), das zuletzt durch Artikel 12 des Ge-

setzes vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586) geändert worden ist, und § 159 Abs. 2 StPO bleiben unberührt.“

19. § 20 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter „Einäscherung und“ gestrichen.
- b) In Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:  
„Ein Raum zur Durchführung der inneren Leichenschau sollte zur Verfügung stehen.“
- c) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:  
„Das Verzeichnis mit der Eintragung ist 30 Jahre aufzubewahren. Die Frist beginnt mit Ablauf des jeweiligen Sterbejahres.“
- d) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:  
„(3) Die Benutzung der Einäscherungsanlage ist durch Satzung oder durch allgemeine Geschäftsbedingungen zu regeln.“

20. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Die Wörter „Leichenbesorger, Heimbürgerin“ werden durch das Wort „Heimbürger“ ersetzt.
  - bb) Die Angabe „der §§ 47 und 48 des Bundes-Seuchengesetzes“ wird durch die Angabe „des § 33 IfSG“ ersetzt.
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:  
„(2) Die Bestatter, Heimbürger und Totengräber haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Bestatter, Heimbürger oder Totengräber anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Sie sind zur Offenbarung befugt, wenn sie von der Schweigepflicht von dem gemäß § 10 Abs. 1 Verpflichteten entbunden wurden oder soweit die Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist.“
- c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.
- d) Im neuen Absatz 3 werden nach dem Wort „unterliegt“ die Wörter „hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften“ eingefügt.

21. § 22 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:  
„(1) Während der gesetzlichen Mindestruhezeit darf die Totenruhe grundsätzlich nicht gestört werden.“
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:  
„(2) Die Ausgrabung oder Umbettung einer Leiche bedarf einer schriftlichen Genehmigung des Gesundheitsamtes. Die Ausgrabung oder Umbettung einer Urne bedarf der schriftlichen Genehmigung des Friedhofsträgers. Dem Antrag auf Erteilung der Genehmigung zur Umbettung ist der Nachweis beizufügen, dass eine andere Grabstätte zur Verfügung steht.“
- c) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 3 und 4.
- d) Der neue Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Das Wort „zwei“ wird durch die Ziffer „2“ ersetzt.
  - bb) Das Wort „sechs“ wird durch die Ziffer „6“ ersetzt.

22. § 23 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) Die Nummern 7 bis 14 werden wie folgt gefasst:  
„7. entgegen den §§ 12 bis 14 als Arzt die Todesbescheinigung (§ 14 Abs. 1) oder die vorläufige Todesbescheinigung (§ 12 Abs. 3) nicht, nicht unverzüglich oder nicht mit der gebotenen Sorgfalt ausstellt oder entgegen § 12 Abs. 4 keine Vertretung organisiert oder entgegen § 13 Abs. 4 die Polizei nicht benachrichtigt,

8. entgegen § 15 Abs. 1 eine nicht zulässige innere Leichenschau veranlasst oder durchführt,
  9. entgegen § 15 Abs. 5 als obduzierender Arzt den Obduktionsschein nicht, nicht unverzüglich oder nicht mit der gebotenen Sorgfalt ausstellt,
  10. entgegen § 13 Abs. 5 oder § 16 Abs. 4 das Gesundheitsamt nicht unverzüglich unterrichtet,
  11. entgegen § 18 Abs. 1 in Verbindung mit § 19 als verantwortliche Person (§ 10) eine Leiche nicht, nicht rechtzeitig oder nicht ordnungsgemäß bestatten lässt oder wer eine Leiche beiseite schafft, um sie der Bestattung zu entziehen,
  12. entgegen § 18a Abs. 2 oder 3 oder § 18b Abs. 2 oder 4 eine Leiche ohne Beurkundung des Sterbefalls durch das Standesamt, ohne die Unbedenklichkeitserklärung des Gesundheitsamtes oder ohne schriftliches Einverständnis der Staatsanwaltschaft oder des Ermittlungsrichters bestattet oder bestatten lässt,
  13. entgegen § 18b Abs. 5 in Verbindung mit § 17 Abs. 3 eine Leiche zur Einäscherung in ein anderes Bundesland oder ins Ausland befördert, ohne zuvor eine zweite Leichenschau durch das Gesundheitsamt des Sterbeortes veranlasst zu haben,
  14. entgegen § 18 Abs. 6 Satz 1 Fehlgeborene nicht, nicht rechtzeitig oder nicht ordnungsgemäß bestattet.“
- b) Es werden die folgenden Nummern 15 bis 19 angefügt:  
„15. entgegen § 18 Abs. 7 der Beseitigungspflicht nicht, nicht rechtzeitig oder nicht ordnungsgemäß nachkommt,- 16. entgegen § 19 Abs. 2 die Asche eines Verstorbenen nicht innerhalb von 6 Monaten nach der Einäscherung beisetzen lässt,
- 17. entgegen § 19 Abs. 3 in Verbindung mit § 16 Abs. 5 Satz 2 die zur Aufbewahrung von Leichen erforderliche Kühltemperatur nicht einhält oder die Beantragung der Bestattungsfristverlängerung versäumt,
- 18. entgegen § 21 Abs. 1 als Bestatter, Heimbürger oder Totengräber in einem nach § 21 Abs. 1 nicht zugelassenen Beruf oder Gewerbe tätig ist, wer einen Bestatter, einen Heimbürger oder einen Totengräber in einem derartigen Beruf oder Gewerbe oder als Piercer, Tätowierer oder in ähnlichen Berufen beschäftigt oder wer gegen die in § 21 Abs. 2 Satz 1 vorgeschriebene Schweigepflicht verstößt oder
- 19. entgegen § 22 eine Leiche oder die Asche eines Verstorbenen ausgräbt oder umbettet.“

23. § 24 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Die Wörter „Das für das Gesundheitswesen zuständige Staatsministerium“ werden durch die Wörter „Das Staatsministerium für Soziales“ ersetzt.
  - bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:  
„2. die im Rahmen des § 28 Abs. 1 IfSG notwendigen Schutzmaßnahmen bei hochinfektiösen Leichen zu treffen, insbesondere hinsichtlich
    - a) der äußeren und inneren Leichenschau,
    - b) des Umgangs mit der Leiche,
    - c) ihrer Behandlung und Einsargung,
    - d) der Anforderungen an die Aufbewahrung der Leiche sowie der Beschaffenheit des Aufbewahrungsraumes,
    - e) der Art und Weise des Leichentransportes,
    - f) der Bestattungsart,

g) der Untersagung bestimmter religiöser Bestattungsrituale,“.

cc) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. das Verfahren für Bestattungen näher zu regeln und weitere Bestattungsarten mit anschließender Erdbestattung auf einem Friedhof in einem umweltgerecht abbaubaren Behältnis zuzulassen,“.

dd) In Nummer 9 werden die Wörter „und wie lange die Verzeichnisse aufzubewahren“ gestrichen.

b) In Absatz 3 werden die Wörter „für das Gesundheitswesen zuständige Staatsministerium“ durch die Wörter „Staatsministerium für Soziales“ ersetzt.

24. § 26 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

25. Die Anlagen 1 bis 4 werden durch die diesem Gesetz beigefügten Anlagen 1 bis 4 ersetzt.

## **Artikel 2**

Das Staatsministerium für Soziales kann den Wortlaut des Sächsischen Bestattungsgesetzes in der vom Inkrafttreten dieses Gesetzes an geltenden Fassung im Sächsischen Gesetz- und Verordnungsblatt bekannt machen.

## **Artikel 3**

Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft.

Dresden, den 19. Juni 2009

**Der Landtagspräsident**  
**Erich Iltgen**

**Der Ministerpräsident**  
**Stanislaw Tillich**

**Die Staatsministerin für Soziales**  
**Christine Clauß**

Anlage 1  
(zu § 14 Abs. 1)

**1. Information für die Ärztin oder den Arzt**

Die Ausstellung der Todesbescheinigung ist keine bloße Formalität. Für die Feststellung des Todes besteht eine besondere Sorgfaltspflicht. Mit der Ausstellung der Todesbescheinigung wird entschieden, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben wird oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf einen nichtnatürlichen Tod erforderlich sind. Zugleich hängt von der sorgfältigen Todesbescheinigung die Qualität der Todesursachenstatistik ab.

Um Fehler zu vermeiden, hat die Ärztin oder der Arzt, die unbekleidete Leiche von allen Seiten und bei ausreichender Beleuchtung in Augenschein zu nehmen. Eine Teilbesichtigung der Leiche ist auf keinen Fall zulässig. Eine Leichenschau sollte nicht im Freien erfolgen.

Es ist die jeweilige Todesart (natürlicher Tod, nicht natürlicher Tod - auch Verdacht -, ungeklärte Todesart) anzukreuzen. Mit der Feststellung der Todesart ist zu prüfen, ob Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen. Diese sind im Feld „Äußere Ursache der Schädigung“ näher auszuführen. Ansonsten wird ein natürlicher Tod angenommen, es sei denn, die Ärztin/der Arzt hält die Todesart für ungeklärt und dokumentiert dies entsprechend.

**2. Erläuterungen zur Todesart**

natürlicher Tod  
Ein natürlicher Tod liegt vor, wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären.

Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod  
Sie liegen vor bei: Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch fremde Hand, sonstige Gewalteinwirkung (z.B. Sturz), Vergiftung und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unerwartetem Tod während oder nach ärztli-

chen Eingriffen.  
 Todesart ungeklärt  
Eine ungeklärte Todesart wird dann angenommen, wenn keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod erkennbar sind, die Todesursache nicht bekannt ist und trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Krankheit vorliegen, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären.

**3. Hinweise zur Todesbescheinigung**

Der Formularsatz für die Todesbescheinigung umfasst:

- einen nichtvertraulichen Teil und
- einen vertraulichen Teil (Blätter 1 bis 4).

**a) Todesbescheinigung – nichtvertraulicher Teil**

Der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung wird nach Ausfüllung den Angehörigen zur Vorlage beim Standesamt übergeben.

**b) Todesbescheinigung – vertraulicher Teil**

Die amtliche Todesursachenstatistik wird nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, dass der Krankheitsablauf unter „Todesursache, klinischer Befund“ in seiner Kausalkette angegeben und das Grundleiden möglichst spezifisch und nicht nur allgemein beschrieben wird.

Bei einem natürlichen Tod besteht immer eine Kausalität zwischen der Todesursache und einer inneren Ursache (Krankheit, Missbildungen, etc.). Letzteres wird auch als Grundleiden definiert.

Beispiel: natürlicher Tod als Folge von Lungenentzündung als Folge von Grippeleinfekt.



Bei einem nicht natürlichen Tod kommt die Ursache immer von Außen und kann auch in die Todesursache einmünden.

Beispiel: nicht natürlicher Tod als Folge von Lungenentzündung als Folge von Knochenbruch.

Nachdem alle Exemplare des vertraulichen Teils (Blätter 1 bis 4) ausgefüllt und unterzeichnet sind, werden die Blätter 1 und 2 abgetrennt und in einen Briefumschlag, auf dem der Name des Verstorbenen angegeben wird, eingelegt. Dieser Umschlag wird von der Ärztin oder dem Arzt persönlich verschlossen und ist von dem zur standesamtlichen Todesanzeige Verpflichteten zusammen mit dem nicht-vertraulichen Teil beim zuständigen Standesamt abzugeben.

Blatt 3 ist von der Ärztin oder dem Arzt in einen weiteren Umschlag einzulegen, zu verschließen und mit folgenden Angaben zu beschriften: Name und Vorname des Verstorbenen, Geburtsdatum des Verstorbenen, Sterbedatum, Warnhinweise: Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankungen gem. § 6 IfSG) oder Sonstiges (z.B. Radioaktivität). Der Umschlag verbleibt bei der Leiche. Er ist im Falle einer Obduktion vom Obduzenten zu öffnen.

Blatt 4 des vertraulichen Teils ist für die persönlichen Unterlagen der Ärztin oder des Arztes bestimmt.

#### 4. Erläuterungen

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ist im Feld „Todesursache, klinischer Befund“ der ICD-Code aufgeführt. Die Codierung ist nach der Vollversion ICD-10-WHO vorzunehmen (d.h. nicht nach der für das SGB V modifizierten Ausgabe). Es ist zu beachten, dass die verbale Angabe der Todesursache, des klinischen Befundes mit der vorgeschriebenen wörtlichen Bezeichnung der Codierung übereinstimmt.

Für die Qualität der Todesursachenstatistik ist das Ausfüllen der Spalte „Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod“ von großer Bedeutung.

Weitere Angaben zu der „unmittelbar zum Tode führenden Krankheit“ sowie den „anderen wesentlichen Krankheiten“ im Sinne einer Multi-Morbidität können im Feld „nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)“ gemacht werden.

Im Feld „weitere Angaben zur Klassifikation bei nicht natürlichem Tod“ sollte bei Unfalltoten die Kategorie „sonstiger Unfall“ nur in begründeten Ausnahmefällen verwendet werden.

Anlage 1  
(zu § 14 Abs. 1)

# Todesbescheinigung

- nichtvertraulicher Teil -

Zutreffendes  
ankreuzen!

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		<b>Wird vom Standes- beamten ausgefüllt</b>	Standesamt	
Straße, Hausnummer					Sterbefall Sterbeprot.-Nr. heurekauf: Geburtenbuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis					Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum		Geburtsort		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Tag:         Monat:         Jahr:						
<b>Sterbeort</b>		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis				
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald				
<b>Auffindungsort</b>						
<b>Sterbezeitpunkt</b>		Std. Min. Tag Monat Jahr 		<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar		
<b>Sterbezeitraum</b> zwischen		Tag Monat Jahr Std. Min. 		und		Tag Monat Jahr Std. Min. 
<b>WARNHINWEISE</b>		Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)			Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Tot- geburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Mehrlings- geburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge bei Geburt <input type="text"/> cm Geburtsgewicht <input type="text"/> g

**ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE SEITE ABTRENNEN!**

## Identifikation

<input type="checkbox"/> Aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<b>Todesart:</b> <input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht) <input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart			

## Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:  Datum:                  Zeitpunkt:           Uhr	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
---	--

Blatt 1: Gesundheitsamt

# Todesbescheinigung

Zutreffendes ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		<b>Wird vom Standesbeamten ausgefüllt</b>	Standesamt		
Straße, Hausnummer					Sterbefall	Sterbeprotokoll-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis					beurkundet: Geburtenbuch-Nr.		
Geburtsdatum		Geburtsort		Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.			
Tag	Monat	Jahr	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis					
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald					
<b>Auffindungsort</b>						
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr	<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
<b>Sterbezeitraum</b> zwischen	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	und

<b>WARNHINWEISE</b>		Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mehrlingsgeburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Länge bei Geburt</b>
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Frühgeburt in der		Schwangerschaftswoche	
bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor?		Lebensdauer in vollendeten Stunden	
		<input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> -ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt			
		Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt</b>			<b>zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus</b>		
Name: <input type="text"/> Telefon: <input type="text"/>			Name: <input type="text"/> Telefon: <input type="text"/>		
<b>Sichere Zeichen des Todes:</b>		<input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind <input type="checkbox"/> Hirntod		Reanimationsbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## Todesursache, klinischer Befund

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10	
<b>I unmittelbar zum Tode führende Krankheit</b>	<b>a) Todesursache</b>			
<b>vorangegangene Ursachen</b> Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	<b>b) als Folge von c)</b>			
	<b>c) Grundleiden</b>			
<b>II andere wesentliche Krankheiten</b> Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen				

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

<b>Todesart:</b> <input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht) <input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart	<b>Obduktion erforderlich:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

## Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod

Komplikationen medizinischer Behandlungen <input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		ICD-10 (Kapitel xx)	
Unfall <input type="checkbox"/>				
Tod durch fremde Hand <input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)			
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen
Selbsttötung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen <input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb			
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall			

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung

Blatt 2: Statistisches Landesamt

# Todesbescheinigung

Zutreffendes ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		<b>Wird vom Standesbeamten ausgefüllt</b>	Standesamt		
Straße, Hausnummer					Sterbefall	Sterbeprotokoll-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis					beurkundet: Geburtenbuch-Nr.		
Geburtsdatum		Geburtsort		Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.			
Tag	Monat	Jahr					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Geschlecht:			<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	weiblich	

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis										
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald										
<b>Auffindungsort</b>											
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr	<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<b>Sterbezeitraum</b> zwischen	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	und	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>WARNHINWEISE</b>		Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Mehrlingsgeburt		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<b>Länge bei Geburt</b>		<input type="text"/>	cm	<b>Geburtsgewicht</b> <input type="text"/>	
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		<input type="checkbox"/>	Frühgeburt in der	<input type="text"/>	Schwangerschaftswoche
bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor?		<input type="checkbox"/>	ja, im
				<input type="checkbox"/>	-ten Monat
				<input type="checkbox"/>	nein
				<input type="checkbox"/>	unbekannt
		Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?		<input type="checkbox"/>	ja
				<input type="checkbox"/>	nein
<b>zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt</b>			<b>zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus</b>		
Name: <input type="text"/>			Name: <input type="text"/>		
Telefon: <input type="text"/>			Telefon: <input type="text"/>		
<b>Sichere Zeichen des Todes:</b>		<input type="checkbox"/>	Totenstarre	<input type="checkbox"/>	Totenfleck
		<input type="checkbox"/>	Fäulnis	<input type="checkbox"/>	Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
		<input type="checkbox"/>	Hirntod		
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

## Todesursache, klinischer Befund

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10	
<b>I</b>	<b>unmittelbar zum Tode führende Krankheit</b>			
	<b>a) Todesursache</b>			
	<b>vorangegangene Ursachen</b> (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle)			
	<b>b) als Folge von c)</b>			
	<b>c) Grundleiden</b>			
<b>II</b>	<b>andere wesentliche Krankheiten</b> (Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen)			

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

<b>Todesart:</b>	<input type="checkbox"/>	natürlicher Tod	<input type="checkbox"/>	nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/>	ungeklärte Todesart	<b>Obduktion erforderlich:</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------------	--------------------------	----	--------------------------	------

<b>Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod</b>		äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		ICD-10 (Kapitel xx)	
Komplikationen medizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>				
Unfall	<input type="checkbox"/>				
Tod durch fremde Hand		Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/>	Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/>
		Wohnheim		Industrieanlagen, Baustellen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/>	Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/>
				Landwirtschaftlicher Betrieb	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/>	Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/>
				sonstiger Unfall	

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
--

Blatt 3: Verbleibt bei der Leiche  
(Obduktionsdoppel)

# Todesbescheinigung

Zutreffendes  
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht:		<input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	weiblich

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		

<b>Auffindungsort</b>											
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<b>Sterbezeitraum</b>	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	und	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.
zwischen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>WARNHINWEISE</b>		Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Mehrlingsgeburt
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der	<input type="text"/>	Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	
bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/>	ja, im <input type="text"/>	-ten Monat <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

<b>zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt</b>	<b>zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus</b>
Name:	Name:
Telefon:	Telefon:

<b>Sichere Zeichen des Todes:</b>	Totenstarre	Totenfleck	Fäulnis	Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	Hirntod
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reanimationsbehandlung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

## Todesursache, klinischer Befund

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10	
<b>I</b>	unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) Todesursache		
	vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeiführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von c)		
		c) Grundleiden		
<b>II</b>	andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

--	--	--	--

<b>Todesart:</b>	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart	<b>Obduktion erforderlich:</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod

Komplikationen medizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		ICD-10 (Kapitel xx)
Unfall	<input type="checkbox"/>			
Tod durch fremde Hand	<input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Industrieanlagen, Baustellen	<input type="checkbox"/>
Selbsttötung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Landwirtschaftlicher Betrieb	<input type="checkbox"/>
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstiger Unfall	<input type="checkbox"/>

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
--

Blatt 4: Arztdoppel

# Todesbescheinigung

Zutreffendes  
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
<b>Sterbeort</b>		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis	
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald	
<b>Auffindungsort</b>			
<b>Sterbezeitpunkt</b>		oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar	
Std.	Min.	Tag	Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Sterbezeitraum</b>		und	
Tag	Monat	Jahr	Std.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
zwischen			

## WARNHINWEISE

bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
Tot- geburt	ja	nein	Mehrlings- geburt	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Frühgeburt in der		Schwangerschaftswoche	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor?		Lebensdauer in vollendeten Stunden	
		<input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> -ten Monat		<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	

<b>zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt</b>		<b>zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus</b>	
Name:	Telefon:	Name:	Telefon:

<b>Sichere Zeichen des Todes:</b>		Totenstarre	Totenflecke	Fäulnis	Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	Hirntod
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		

## Todesursache, klinischer Befund

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10	
I unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) Todesursache			
	b) als Folge von c)			
	c) Grundleiden			
II andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen				

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

<b>Todesart:</b>	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart	<b>Obduktion erforderlich:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------------	--	--	--	--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

## Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod

Komplikationen medizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)			ICD-10 (Kapitel xx)
Unfall	<input type="checkbox"/>				
Tod durch fremde Hand	<input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
--

Anlage 2  
(zu § 12 Abs. 3)

Blatt 1: Für die Leichenschau

# Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes  
ankreuzen!

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
			Geburtsort
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			

## 2 Identifikation

aufgrund eigener Kenntnis  nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass  nach Angaben von Angehörigen/Dritten  nicht möglich

## 3 Sichere Zeichen des Todes

Totenstarre  Totenflecke  Fäulnis  Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind  Hirntod

Reanimationsbehandlung  ja  nein

## 4 Ort und Zeitpunkt des Todes

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis	
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald	
<b>Auffindungsort</b>		
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std. Min. Tag Monat Jahr	<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
<b>Sterbezeitraum</b> zwischen	Tag Monat Jahr Std. Min.	und Tag Monat Jahr Std. Min.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung

Anlage 2  
(zu § 12 Abs. 3)

Blatt 2: Für die Angehörigen

# Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes  
ankreuzen!

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
			Geburtsort
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			

## 2 Identifikation

<input type="checkbox"/> aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	---	---	--

## 3 Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	<input type="checkbox"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

## 4 Ort und Zeitpunkt des Todes

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
<b>Auffindungsort</b>			
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar			
<b>Sterbezeitraum</b>	Tag	Monat	Jahr
zwischen			
	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
			Std.
			Min.
			und

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung



Anlage 2  
(zu § 12 Abs. 3)

Blatt 3: Notarzt-doppel

# Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes  
ankreuzen!

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Geburtsort			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			

## 2 Identifikation

aufgrund eigener Kenntnis  nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass  nach Angaben von Angehörigen/Dritten  nicht möglich

## 3 Sichere Zeichen des Todes

Totenstarre  Totenflecke  Fäulnis  Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind  Hirntod

Reanimationsbehandlung  ja  nein

## 4 Ort und Zeitpunkt des Todes

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis	
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald	
<b>Auffindungsort</b>		
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std. Min. Tag Monat Jahr	<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
<b>Sterbezeitraum</b> zwischen	Tag Monat Jahr Std. Min.	und Tag Monat Jahr Std. Min.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung

Anlage 3  
(zu § 15 Abs. 5)

Blatt 1: Gesundheitsamt

# Obduktionsschein

Zutreffendes  
ankreuzen!

Obduktionsnummer:

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		<b>Wird vom - Gesund- heitsamt ausgefüllt</b>	Standesamt	
Straße, Hausnummer					Sterbefall Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis					beurkundet: Geburtenbuch-Nr.	
Geburtsdatum		Geburtsort		Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.		
Tag	Monat	Jahr			Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
<b>Sterbeort</b>		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis				
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald				
<b>Auffindungsort</b>						
<b>Sterbezeitpunkt</b>		Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar						
<b>Sterbezeitraum</b>		Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.
zwischen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		und		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2 Todesursache/Sektionsbefund (vorläufiges Ergebnis)

bitte nur eine Todesursache je Feld, **nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen**

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10			
I	unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) <b>Todesursache</b>				
	vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) <b>als Folge von c)</b>				
		c) <b>Grundleiden</b>				
II	<u>andere</u> wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen					

## 3 Äußere Ursachen des Todes

Komplikationen medizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)			<b>ICD-10</b> (Kapitel xx)	
Unfall	<input type="checkbox"/>					
Tod durch fremde Hand	<input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen		
Selbsttötung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb		
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall		

<b>Todesart:</b>	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)
------------------	--	--

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon

Blatt 2: Statistisches Landesamt

# Obduktionsschein

Zutreffendes ankreuzen!

Obduktionsnummer:

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		<b>Wird vom - Gesund- heitsamt ausgefüllt</b>	Standesamt																					
Straße, Hausnummer					Sterbefall Sterbebuch-Nr. heurekauf: Geburtenbuch-Nr.																					
PLZ, Wohnort, Kreis					Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.																					
Geburtsdatum		Geburtsort		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich																						
<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		Tag	Monat	Jahr				<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																		
Tag	Monat	Jahr																								
<b>Sterbeort</b>		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis																								
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald																								
<b>Auffindungsort</b>																										
<b>Sterbezeitpunkt</b>		<table border="1"> <tr><td>Std.</td><td>Min.</td><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr						oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar												
Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr																						
<b>Sterbezeitraum</b>		<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td>Std.</td><td>Min.</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.						und <table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td>Std.</td><td>Min.</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.					
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																						
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																						

## 2 Todesursache/Sektionsbefund (vorläufiges Ergebnis)

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10			
I unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) <b>Todesursache</b>					
	b) als Folge von c)					
	c) <u>Grundleiden</u>					
II <u>andere</u> wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen						

## 3 Äußere Ursachen des Todes

Komplikationen medizinischer Behandlungen <input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)			<b>ICD-10</b> (Kapitel xx)	
Unfall <input type="checkbox"/>					
Tod durch fremde Hand <input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)				
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen		
Selbsttötung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb		
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall		

**Todesart:**  natürlicher Tod  nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon

Blatt 3: Obduzent

# Obduktionsschein

Zutreffendes ankreuzen!

Obduktionsnummer:

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
<b>Sterbeort</b>		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis	
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald	
<b>Auffindungsort</b>			
<b>Sterbezeitpunkt</b>		oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar	
Std.	Min.	Tag	Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag		Monat	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Sterbezeitraum</b>		und	
zwischen			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2 Todesursache/Sektionsbefund (vorläufiges Ergebnis)

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10			
I unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) <b>Todesursache</b>					
	b) als Folge von c)					
	c) <u>Grundleiden</u>					
II <u>andere</u> wesentliche Krankheiten	Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen					

## 3 Äußere Ursachen des Todes

Komplikationen medizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)	<b>ICD-10 (Kapitel xx)</b>			
Unfall	<input type="checkbox"/>					
Tod durch fremde Hand	<input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen	
Selbsttötung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb	
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	

**Todesart:**  natürlicher Tod  nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon

Bezeichnung der Behörde

<b>Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt</b>	Standesamt:
	Geburtenbuch-Nr.
	Sterbebuch-Nr.

**Leichenpass;**

Laissez-passer mortuaire; Pass Check for Corpse; Passaporto per Salma; Lijkendoorvoer

**Nachdem alle gesetzlichen Vorschriften über die Einsargung beachtet worden sind, soll die Leiche der/des**

Toutes les prescriptions légales relatives à la mise en cercueil ayant été observées, le corps de

Upon compliance with all legal provisions governing sealing in the coffin, the body of

Essendo state effettuate tutte le prescrizioni legale concernenti la deposizione nella bara, la salma di

Na vervulling van alle wettelijke voorschriften betreffend het kisten moet het stoffelijk overschot van

(Name, Vorname(n) und Beruf des Verstorbenen; für Kinder: Beruf der Eltern)  
(nom, prénom et profession du défunt; pour les enfants: profession des père et mère)  
(name, first name(s) and occupation of the deceased; in the case of children: state occupation of parents)  
(nome, cognome, professione del defunto; per bambini: professione dei genitori)  
(naam, voornaam en beroep van de overledene; bij kinderen: het beroep van de ouders)

<p><b>verstorben am</b> décédé le who died on deceduto il gestorven op</p>		<p><b>in</b> à at a in</p>	
--	--	--	--

<p><b>an</b> par suite de from in seguito a aan</p>	
---	--

(Todesursache; cause du décès; cause of death; causa del decesso; overlijdensoorzaak)

<p><b>im Alter von</b> à l'âge de at the age of all' età di op de leeftijd van</p>		<p><b>Jahren</b> ans years anni jaar</p>	
--	--	--	--

(genaues Geburtsdatum; date précise de la naissance, si possible; state date of birth, if possible; se possibile date precisa della nascita; juiste geboortedag)

<p><b>durch</b> doit être transporté en is to be shipped by dev'essere trasportata door</p>	
---	--

(Beförderungsmittel; moyen de transport; means of transportation; mezzo di trasporto; transportmiddel)

<p><b>von</b> de from da van</p>		<p><b>über</b> par via via via</p>	
--	--	--	--

(Strecke; route; state route; percorso; route)

<p><b>nach</b> à to a naar</p>		<p>befördert werden. getransporteerd worden.</p>
--	--	--

(Bestimmungsort; lieu de destination; destination; localita di destinazione; plaats von bestimning)

**Da diese Leichenbeförderung genehmigt ist, werden alle Behörden der Länder, auf deren Gebiet der Transport stattfinden soll, gebeten, ihn frei und ungehindert passieren zu lassen.**

Le transport de ce corps ayant été autorisé, toutes les autorités des pays sur le territoire desquels le transport doit avoir lieu sont invitées à le laisser passer librement et sans obstacle.

The shipment of the corpse being duly authorized, the right of passage without hindrance ist respectfully requested from the authorities of the countries to be crossed on its route.

Dato che il trasporto della salma è stato autorizzato, le autorità dei paesi attraversati della salma sono invitati a lasciarla passare libera senza frapporte ostacoli.

Daar het transport van het stoffelijk overschot toegestaan is, worden alle autoriteiten van de landen via welks gebied het transport plaats moet vinden, verzocht, de doorvoer ongehinderd te laten plaats vinden.

Verwaltungsgebühr EUR Geb.-Verz.-Nr.

Ort, Datum

Im Auftrag

(Unterschrift)