

Leichenbegleitschein

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

Patientendaten (Patientenaufkleber)

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Station/Einrichtung:

Zuständiger Arzt/Ärztin

Telefon

Pieper

Todesstag +-stunde: _____

TT MM JJJJ

: ____ Uhr

 natürlicher Tod meldepflichtiger Tod*

*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