ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

Neue Todesbescheinigung NRW zum 1. Juli 2001 eingeführt/ Alte Todesbescheinigungen können bis zum 31.12.2001 verwendet werden

Mit Runderlass des Ministeriums für Frauen, Jugend Familie und Gesundheit (MFJFG) vom 20.06.2001 (III B 3 - 0261.1), der am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist, werden neue Formulare für die Todesbescheinigung eingeführt (siehe Kasten unten – Abdruck des nichtvertraulichen Teils [Blatt 1] und des vertraulichen Teils [Blatt 2], die Blätter 2-5 sind jedoch identisch bis auf Schwärzungen und Empfänger).

Die Übergangsfrist, in der sowohl die alten Formulare als auch die neuen Formulare Verwendung finden können, endet am 31.12.2001, ab dem 1.1.2002 ist die Verwendung der neuen Formulare Pflicht.

Die bisher gültige Todesbescheinigung, die zum 1.1.1997 eingeführt wurde, hatte durch die Vielzahl der Formulare (8 Bögen) sowie die überfrachtete und unübersichtliche Gestaltung und die Einführung der ICD-10-Codierung viel Unmut in der Ärzteschaft ausgelöst.

Die nun vorliegende Version basiert in weiten Teilen auf den (in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe unter Einbeziehung unterschiedlicher Experten vorbereiteten) Vorschlägen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern.

Dem leichenschauenden Arzt fällt die Aufgabe zu, die Todesbescheinigung unter häufig nicht optimalen Bedingungen (z. B. Unfall) auszufüllen. Daher ist für den ausfüllenden Arzt eine übersichtliche Gestaltung der Todesbescheinigung und eine Beschränkung der Angaben auf das Notwendige (gesetzlich Erforderliche) wichtig.

Die neue Todesbescheinigung ist daran ausgerichtet, das Todesbescheinigungsformular für den Arzt handhabbar zu machen, es übersichtlich zu gestalten und auf die notwendigen Angaben zu beschränken.

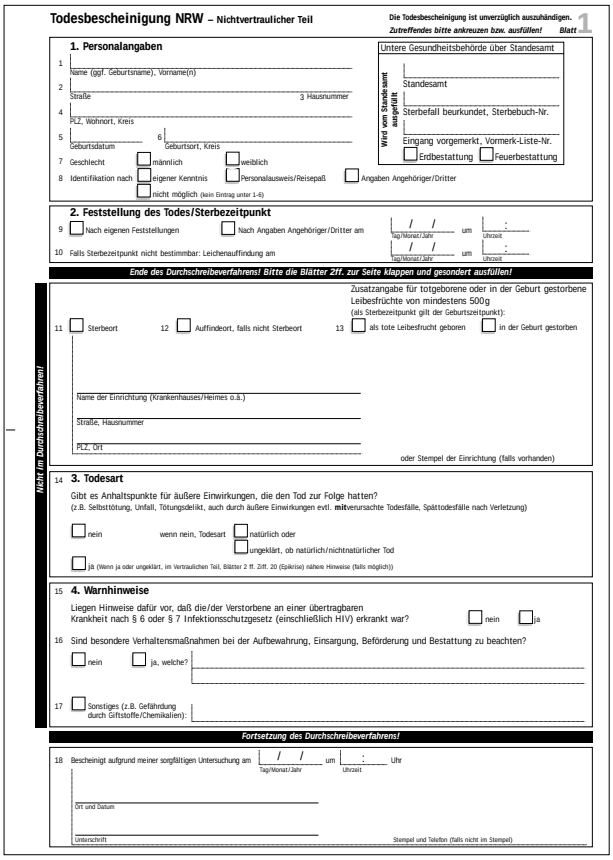
Neben der Reduzierung der Formulare von 8 auf 5 Blätter sowie der übersichtlicheren Gestaltung der Blätter wird von den Ärztekammern insbesondere der Verzicht auf die ICD-10-Codierung begrüßt.

Für Fragen zur neuen Todesbescheinigung steht Ihnen Frau Dr. Hefer unter der Tel.-Nr. 0211-4302 504 zur Verfügung.

Die Todesbescheinigung kann über folgende Verlage bezogen werden:

- WWF Druck + Medien GmbH, Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven
- Carl Link Verlag/DKV, Kolpingstr. 10, 96317 Kronach
- Deutscher Gemeindeverlag GmbH, Postfach 40 02 63, 50832 Köln
- Verlag für Standesamtswesen, Postfach 10 15 44, 60015 Frankfurt

ÄKNo/MFJFG


Todesbescheinigung NRW – Nichtvertraulicher Teil
Die Todesbescheinigung ist unverzüglich auszuhändigen.
Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen! Blatt 1

1. Personalangaben
1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)
2 Straße 3 Hausnummer
4 PLZ, Wohnort, Kreis
5 Geburtsdatum 6 Geburtsort, Kreis
7 Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
8 Identifikation nach ☐ eigener Kenntnis ☐ Personalausweis/Reisepaß ☐ Angaben Angehöriger/Dritter
☐ nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6)

Untere Gesundheitsbehörde über Standesamt
Wird vom Standesamt ausgefüllt
Standesamt
Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.
Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.
☐ Erdbestattung ☐ Feuerbestattung

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt
9 ☐ Nach eigenen Feststellungen ☐ Nach Angaben Angehöriger/Dritter am __/__/__ (Tag/Monat/Jahr) um __:__ (Uhrzeit)
10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am __/__/__ (Tag/Monat/Jahr) um __:__ (Uhrzeit)

Ende des Durchschreibeverfahrens! Bitte die Blätter 2ff. zur Seite klappen und gesondert ausfüllen!

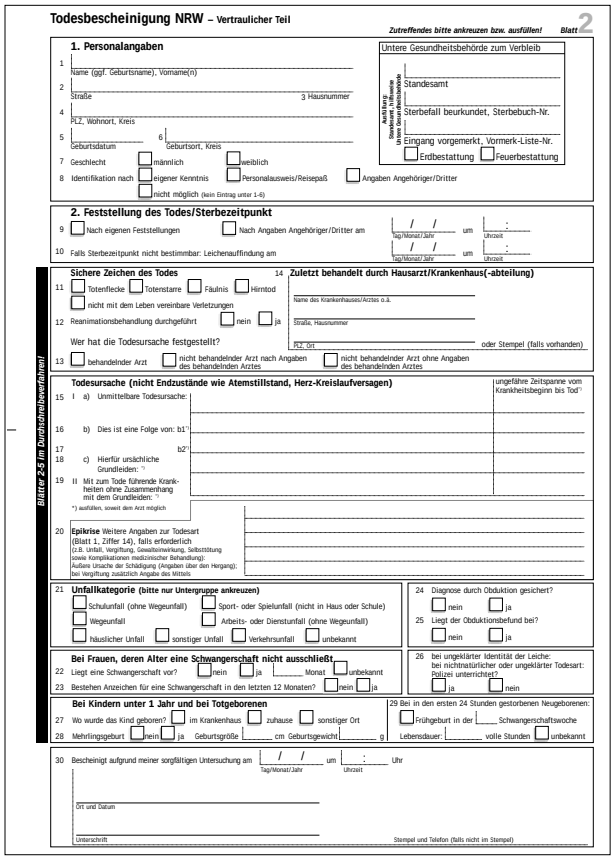
Nicht im Durchschreibeverfahren!
Zusatzangabe für totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500g (als Sterbezeitpunkt gilt der Geburtszeitpunkt):
11 ☐ Sterbeort 12 ☐ Auffindeort, falls nicht Sterbeort 13 ☐ als tote Leibesfrucht geboren ☐ in der Geburt gestorben
Name der Einrichtung (Krankenhauses/Heimes o.ä.)
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
oder Stempel der Einrichtung (falls vorhanden)

14 3. Todesart
Gibt es Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten? (z.B. Selbsttötung, Unfall, Tötungsdelikt, auch durch äußere Einwirkungen evtl. mitverursachte Todesfälle, Spättodesfälle nach Verletzung)
☐ nein wenn nein, Todesart ☐ natürlich oder ☐ ungeklärt, ob natürlich/nichtnatürlicher Tod
☐ ja (Wenn ja oder ungeklärt, im Vertraulichen Teil, Blätter 2 ff. Ziff. 20 (Epikrise) nähere Hinweise (falls möglich))

15 4. Warnhinweise
Liegen Hinweise dafür vor, daß die/der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit nach § 6 oder § 7 Infektionsschutzgesetz (einschließlich HIV) erkrankt war? ☐ nein ☐ ja
16 Sind besondere Verhaltensmaßnahmen bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten?
☐ nein ☐ ja, welche?
17 ☐ Sonstiges (z.B. Gefährdung durch Giftstoffe/Chemikalien):

Fortsetzung des Durchschreibeverfahrens!

18 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am __/__/__ (Tag/Monat/Jahr) um __:__ (Uhrzeit) Uhr
Ort und Datum
Unterschrift
Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)


Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil
Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen! Blatt 2

1. Personalangaben
1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)
2 Straße 3 Hausnummer
4 PLZ, Wohnort, Kreis
5 Geburtsdatum 6 Geburtsort, Kreis
7 Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
8 Identifikation nach ☐ eigener Kenntnis ☐ Personalausweis/Reisepaß ☐ Angaben Angehöriger/Dritter
☐ nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6)

Untere Gesundheitsbehörde zum Verbleib
Auf Erst-Ausfertigung Standesamt mit Bescheinigung über Beurkundung des Sterbefalls
Standesamt
Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.
Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.
☐ Erdbestattung ☐ Feuerbestattung

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt
9 ☐ Nach eigenen Feststellungen ☐ Nach Angaben Angehöriger/Dritter am __/__/__ (Tag/Monat/Jahr) um __:__ (Uhrzeit)
10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am __/__/__ (Tag/Monat/Jahr) um __:__ (Uhrzeit)

Blätter 2-5 im Durchschreibeverfahren!
Sichere Zeichen des Todes
11 ☐ Totenflecke ☐ Totenstarre ☐ Fäulnis ☐ Hirntod
☐ nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen
12 Reanimationsbehandlung durchgeführt ☐ nein ☐ ja
Wer hat die Todesursache festgestellt?
13 ☐ behandelnder Arzt ☐ nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes ☐ nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes
14 Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus(-abteilung)
Name des Krankenhauses/Arztes o.ä.
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
oder Stempel (falls vorhanden)

Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)
ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod*)
15 I a) Unmittelbare Todesursache:
16 b) Dies ist eine Folge von: b1*)
17 b2*)
18 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: *)
19 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: *)
*) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich
20 Epikrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewaltanwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung): Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang); bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels

21 Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)
☐ Schulunfall (ohne Wegeunfall) ☐ Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)
☐ Wegeunfall ☐ Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)
☐ häuslicher Unfall ☐ sonstiger Unfall ☐ Verkehrsunfall ☐ unbekannt
24 Diagnose durch Obduktion gesichert? ☐ nein ☐ ja
25 Liegt der Obduktionsbefund bei? ☐ nein ☐ ja

Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt
22 Liegt eine Schwangerschaft vor? ☐ nein ☐ ja ____ Monat ☐ unbekannt
23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? ☐ nein ☐ ja
26 bei ungeklärter Identität der Leiche: bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet? ☐ ja ☐ nein

Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen
27 Wo wurde das Kind geboren? ☐ im Krankenhaus ☐ zuhause ☐ sonstiger Ort
28 Mehrlingsgeburt ☐ nein ☐ ja Geburtsgröße ____ cm Geburtsgewicht ____ g
29 Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen: ☐ Frühgeburt in der ____ Schwangerschaftswoche
Lebensdauer: ____ volle Stunden ☐ unbekannt

30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am __/__/__ (Tag/Monat/Jahr) um __:__ (Uhrzeit) Uhr
Ort und Datum
Unterschrift
Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)