

Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt

61. Jahrgang

Ausgegeben in Hannover am 23. Januar 2007

Nummer 1

INHALT

Tag		Seite
11. 1. 2007	Verordnung zur Änderung der Verordnung über disziplinarrechtliche Zuständigkeiten im Bereich des Finanzministeriums 20412	1
16. 1. 2007	Verordnung über die Todesbescheinigung (TbVO) 21068 (neu)	2

Beilage: Inhaltsverzeichnis des Jahrgangs 2006

**Verordnung
zur Änderung der Verordnung über disziplinarrechtliche
Zuständigkeiten im Bereich des Finanzministeriums**

Vom 11. Januar 2007

Aufgrund des § 75 Nrn. 1 und 3 des Niedersächsischen Disziplingesetzes vom 13. Oktober 2005 (Nds. GVBl. S. 296), geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Dezember 2006 (Nds. GVBl. S. 568), wird im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres und Sport verordnet:

Artikel 1

Die Verordnung über disziplinarrechtliche Zuständigkeiten im Bereich des Finanzministeriums vom 5. Dezember 2005 (Nds. GVBl. S. 371) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 wird das Wort „Landesfinanzschule“ durch das Wort „Steuerakademie“ ersetzt.
2. In § 2 Abs. 3 wird das Wort „Landesfinanzschule“ durch das Wort „Steuerakademie“ ersetzt.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft.

Hannover, den 11. Januar 2007

Niedersächsisches Finanzministerium

Möllring
Minister

Verordnung über die Todesbescheinigung (TbVO)

Vom 16. Januar 2007

Aufgrund des § 6 Abs. 3 des Gesetzes über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG) vom 8. Dezember 2005 (Nds. GVBl. S. 381) wird verordnet:

§ 1

Ausstellen der Todesbescheinigung und
der Bescheinigung über eine gesonderte innere Leichenschau

(1) Für die Todesbescheinigung nach § 6 Abs. 1 BestattG ist ein Vordruck als Trennsatz (fünf Blätter) nach dem Muster der **Anlage 1** zu verwenden.

(2) ¹Der Vordruck ist im Durchschreibeverfahren auszufüllen. ²Er ist von der ärztlichen Person, die die Leichenschau durchgeführt hat, mit Datum und Uhrzeit zu versehen und zu unterschreiben. ³Bei einer beschränkten Todesbescheinigung nach § 3 Abs. 4 BestattG sind Angaben zumindest zu den Nummern 1 und 4 a oder 1 und 4 b des Vordrucks zu machen.

(3) ¹Wird eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG gesondert durchgeführt, so ist dies durch Ausfüllen eines Vordrucks als Trennsatz (drei Blätter) nach dem Muster der **Anlage 2** zu dokumentieren. ²Der Vordruck ist im Durchschreibeverfahren auszufüllen. ³Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) ¹Im Fall einer nicht vollständigen Durchführung der Leichenschau ist der Hinderungsgrund in der Todesbescheinigung anzugeben.

§ 2

Übermittlung und Bearbeitung

(1) ¹Das erste Blatt der Todesbescheinigung ist für die untere Gesundheitsbehörde des Auffindungs- oder Sterbeortes, das zweite Blatt für das Landesamt für Statistik, das dritte Blatt für das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen und das fünfte Blatt für das Standesamt bestimmt. ²Das vierte Blatt verbleibt bei der ausstellenden Person. ³In dem für das Landesamt für Statistik bestimmten Blatt sind die persönlichen Angaben zu den Nummern 1 und 2 des Vordrucks, in dem für das Standesamt bestimmten Blatt die Angaben zu den Nummern 9 a, 9 b und 10 bis 13 des Vordrucks nicht durchgeschrieben.

(2) ¹Die ausstellende Person verschließt das erste, zweite und dritte Blatt der Todesbescheinigung in einen mit der Aufschrift „Über das Standesamt an die untere Gesundheitsbehörde“ versehenen Fensterumschlag, in den das erste Blatt so einzulegen ist, dass der Name der verstorbenen Person im Umschlagfenster sichtbar ist, und händigt ihn zusammen mit dem fünften Blatt derjenigen Person aus, die für die Bestattung sorgt, oder an deren Beauftragte oder Beauftragten. ²Die Empfängerin oder der Empfänger hat die Unterlagen unverzüglich dem für die Beurkundung des Sterbefalls zuständigen Standesamt vorzulegen. ³Ist niemand bekannt oder erreichbar, der für die Bestattung sorgt, so übergibt die ausstellende Person die Unterlagen an die für den Auffindungs- oder Sterbeort zuständige Gemeinde.

(3) ¹Das Standesamt gleicht die Eintragungen zu den Nummern 1 bis 3 der Todesbescheinigung mit den standesamtlichen Unterlagen ab und teilt der unteren Gesundheitsbehörde die standesamtlichen Eintragungen zu dem Todesfall einschließlich der Sterbebuchnummer sowie etwaige notwendige Berichtigungen und Ergänzungen zusammen mit der Übersendung des verschlossenen Umschlags unverzüglich mit. ²Die untere Gesundheitsbehörde überträgt die standesamtlichen Eintragungen sowie notwendige Berichtigungen oder Ergänzungen in das erste bis dritte Blatt.

(4) ¹Wenn eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG gesondert durchgeführt worden ist, übersendet die ausstellende Person das erste und das zweite Blatt der Bescheinigung nach § 1 Abs. 3 unverzüglich in einem verschlossenen Umschlag der unteren Gesundheitsbehörde. ²Das dritte Blatt verbleibt bei der ausstellenden Person.

(5) ¹Ergänzungen oder Berichtigungen der Bescheinigungen nach den Anlagen 1 oder 2 durch die Gesundheitsbehörde sind kenntlich zu machen. ²Bescheinigungen nach der Anlage 2 sind mit den zugehörigen Todesbescheinigungen nach der Anlage 1 zusammenzuführen. ³Die untere Gesundheitsbehörde benachrichtigt das Standesamt bei Berichtigungen oder Ergänzungen zu den Nummern 1 bis 5 der Todesbescheinigung. ⁴Sie leitet die für das Landesamt für Statistik und das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen bestimmten Blätter mindestens einmal monatlich gesammelt bis spätestens zum 10. eines jeden Folgemonats an diese weiter.

(6) Wenn eine Einäscherung vorgesehen ist und eine schriftliche Genehmigung nach § 159 Abs. 2 der Strafprozessordnung nicht vorliegt, übersendet die untere Gesundheitsbehörde der für die Durchführung der zweiten Leichenschau zuständigen Stelle eine Kopie vom ersten Blatt der Todesbescheinigung und einer nach der Anlage 2 erstellten Bescheinigung.

§ 3

Auswertung

Die untere Gesundheitsbehörde ist befugt, die Todesbescheinigung und die Bescheinigung über eine gesonderte innere Leichenschau zur Erfüllung ihrer Aufgaben auszuwerten.

§ 4

Aufbewahrung

(1) ¹Die untere Gesundheitsbehörde des Auffindungs- oder Sterbeortes bewahrt die Todesbescheinigungen und die ihr von auswärtigen Stellen zugesandten gleichartigen Bescheinigungen auf. ²Sie übersendet der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde des letzten Hauptwohnortes der verstorbenen Person eine Kopie des ersten Blattes der Todesbescheinigung und die Kopie einer Bescheinigung nach der Anlage 2, wenn der letzte Hauptwohnort der verstorbenen Person außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs liegt. ³Die Übersendung ist in einem Umschlag mit dem deutlichen Hinweis „Vertraulich, Verschlossen“ vorzunehmen.

(2) Die untere Gesundheitsbehörde des Auffindungs- oder Sterbeortes bewahrt die Todesbescheinigungen, die Bescheinigungen nach der Anlage 2 sowie übermittelte gleichartige Bescheinigungen mindestens 20 Jahre, höchstens 30 Jahre auf.

§ 5

Übergangsvorschrift

Bis zum 15. April 2007 dürfen noch die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung gebräuchlichen Vordrucke für die Todesbescheinigung und die gesonderte innere Leichenschau verwendet werden.

§ 6

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

¹Diese Verordnung tritt am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft. ²Sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2011 außer Kraft.

Hannover, den 16. Januar 2007

**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit**

Ross-Luttmann

Ministerin

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

Todesbescheinigung		Nicht vollständig wegen: <input type="checkbox"/> Gefahr strafrechtlicher Verfolgung (§ 52 Abs. 1 StPO)		Blatt 1: Untere Gesundheitsbehörde	
<input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungsdienst		<input type="checkbox"/> ordnungsgemäße Leichenschau nicht durchführbar			
1. Personalangaben					
Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname				Staatsangehörigkeit	
Identifikation		<input type="checkbox"/> persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter	<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass	<input type="checkbox"/> keine
2. Hauptwohnsitz					
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer				Gemeinde-Nr. des Standesamtes	
				Gemeinde-Nr. des Hauptwohnortes	
3. Geburtsdatum und Geschlecht		Tag	Monat	Jahr	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
4a. Todeszeitpunkt		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
					Stunde Minuten
4b. Tot aufgefunden (falls Todeszeitpunkt unbekannt)		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
					Stunde Minuten
4c. Todeseintritt		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
zwischen					und
					Tag Monat Jahr
					Uhrzeit Stunde Minuten
5. Sterbeort		<input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)			
Ergänzende Angaben zum Sterbe-/Auffindungsort:		1 im Krankenhaus 2 zu Hause 3 im Heim 4 Transport 5 Sonstiger:			
		Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße			
		weitere Angaben			
		weitere Angaben			
6. Todesart		<input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> nicht natürlich <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt			
		Name, Telefonnummer, Adresse			
7. Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt					
8. Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g		<input type="checkbox"/> Als tote Leibesfrucht	<input type="checkbox"/> In der Geburt verstorben	Gewicht in g	
9a. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
9b. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
10. Todesursache		<input type="checkbox"/> Leichenschau	<input type="checkbox"/> innere Leichenschau nach § 5 BestattG		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod
				ICD-10 Code	
I. a) unmittelbare Todesursache		a)			
b) als Folge von		b)			
c) als Folge von (Grundleiden)		c)			
d) Epikrise		d)			
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, die nicht mit I a) in Zusammenhang stehen)					
11. Bei Verletzungen und Vergiftungen erkennbare äußere Umstände					ICD-10 Code
Nur bei Unfällen		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall
		<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall		
12. Bei Totgeburten		Geburtsort		<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt	Länge bei Geburt
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	cm
				Geburtsgewicht	
				g	
13. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollen Stunden	
				Stunde	
				<input type="checkbox"/> unbekannt	
Notärztin / Notarzt (soweit Leichenschau nicht vollständig durchgeführt) Datum, Uhrzeit, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer		Ärztin / Arzt Datum, Uhrzeit, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer			

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

Todesbescheinigung		Nicht vollständig wegen: <input type="checkbox"/> Gefahr strafrechtlicher Verfolgung (§ 52 Abs. 1 StPO) <input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungsdienst <input type="checkbox"/> ordnungsgemäße Leichenschau nicht durchführbar				Blatt 2: Landesamt für Statistik Niedersachsen	
Wird nach Angaben des Standesamtes von der unteren Gesundheitsbehörde ausgefüllt!							
1.							
2.						Gemeinde-Nr. des Standesamtes	
3. Geburtsdatum und Geschlecht						Gemeinde-Nr. des Hauptwohnortes	
		Tag	Monat	Jahr	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
4a. Todeszeitpunkt						Sterbebuch-Nr. Vormerkliste-Nr.	
		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten
4b. Tot aufgefunden (falls Todeszeitpunkt unbekannt)							
		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten
4c. Todeseintritt						Uhrzeit	
zwischen		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	und	Uhrzeit
5. Sterbeort						Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)	
Ergänzende Angaben zum Sterbe-/Auffindungsort: weitere Angaben weitere Angaben						<input type="checkbox"/> 1 im Krankenhaus <input type="checkbox"/> 2 zu Hause <input type="checkbox"/> 3 im Heim <input type="checkbox"/> 4 Transport <input type="checkbox"/> 5 Sonstiger:	
						Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße	
						weitere Angaben	
						weitere Angaben	
6. Todesart						<input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> nicht natürlich <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <small>Name, Telefonnummer, Adresse</small>	
7. Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt							
8. Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g						<input type="checkbox"/> Als tote Leibesfrucht <input type="checkbox"/> In der Geburt verstorben <input type="text"/> Gewicht in g	
9a. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: folgende Hinweise bestehen	
9b. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: folgende Hinweise bestehen	
10. Todesursache						<input type="checkbox"/> Leichenschau <input type="checkbox"/> innere Leichenschau nach § 5 BestattG <input type="text"/> Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod <input type="text"/> ICD-10 Code	
I. a) unmittelbare Todesursache		a)					
		b) als Folge von					
		c) als Folge von (Grundleiden)					
		d) Epikrise					
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, die nicht mit I a) in Zusammenhang stehen)							
11. Bei Verletzungen und Vergiftungen erkennbare äußere Umstände						ICD-10 Code	
Nur bei Unfällen						<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall	
12. Bei Totgeburten						Geburtsort <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Länge bei Geburt <input type="text"/> cm <input type="text"/> Geburtsgewicht <input type="text"/> g <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind						<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche <input type="text"/> Lebensdauer in vollen Stunden <input type="text"/> Stunde <input type="checkbox"/> unbekannt	
Notärztin / Notarzt (soweit Leichenschau nicht vollständig durchgeführt)						Ärztin / Arzt	
Datum, Uhrzeit, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer						Datum, Uhrzeit, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer	

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

Todesbescheinigung		Nicht vollständig wegen: <input type="checkbox"/> Gefahr strafrechtlicher Verfolgung (§ 52 Abs. 1 StPO)		Blatt 3: Epidemiologisches Krebsregister	
<input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungsdienst		<input type="checkbox"/> ordnungsgemäße Leichenschau nicht durchführbar			
1. Personalangaben		Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname		Staatsangehörigkeit	
Identifikation		<input type="checkbox"/> persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter	<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass	<input type="checkbox"/> keine
2. Hauptwohnsitz		PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		Gemeinde-Nr. des Standesamtes	
3. Geburtsdatum und Geschlecht		Tag	Monat	Jahr	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
4a. Todeszeitpunkt		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
4b. Tot aufgefunden (falls Todeszeitpunkt unbekannt)		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
4c. Todeseintritt		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
5. Sterbeort		<input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)			
Ergänzende Angaben zum Sterbe-/Auffindungsort:		1 im Krankenhaus 2 zu Hause 3 im Heim 4 Transport 5 Sonstiger:		Einrichtung; Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße	
		weitere Angaben			
		weitere Angaben			
6. Todesart		<input type="checkbox"/> natürlich	<input type="checkbox"/> nicht natürlich	<input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt	
7. Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt		Name, Telefonnummer, Adresse			
8. Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g		<input type="checkbox"/> Als tote Leibesfrucht	<input type="checkbox"/> In der Geburt verstorben	Gewicht in g	
9a. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
9b. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
10. Todesursache		<input type="checkbox"/> Leichenschau	<input type="checkbox"/> innere Leichenschau nach § 5 BestattG	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	
I. a) unmittelbare Todesursache		a)		ICD-10 Code	
b) als Folge von		b)		ICD-10 Code	
c) als Folge von (Grundleiden)		c)		ICD-10 Code	
d) Epikrise		d)		ICD-10 Code	
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, die nicht mit I a) in Zusammenhang stehen)				ICD-10 Code	
11. Bei Verletzungen und Vergiftungen erkennbare äußere Umstände				ICD-10 Code	
Nur bei Unfällen		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall
12. Bei Totgeburten		Geburtsort		<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall
		Mehrlingsgeburt		Länge bei Geburt	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		cm	
13. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollen Stunden	
		<input type="checkbox"/>		Stunde	
				<input type="checkbox"/> unbekannt	
Notärztin / Notarzt (soweit Leichenschau nicht vollständig durchgeführt) Datum, Uhrzeit, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer		Ärztin / Arzt Datum, Uhrzeit, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer			

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

Todesbescheinigung		Nicht vollständig wegen: <input type="checkbox"/> Gefahr strafrechtlicher Verfolgung (§ 52 Abs. 1 StPO)				Blatt 4: Arzt		
		<input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungsdienst <input type="checkbox"/> ordnungsgemäße Leichenschau nicht durchführbar						
1. Personalangaben		Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname				Staatsangehörigkeit		
Identifikation		<input type="checkbox"/> persönlich bekannt		<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter		<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass <input type="checkbox"/> keine		
2. Hauptwohnsitz		PLZ, Ort, Straße, Hausnummer				Gemeinde-Nr. des Standesamtes		
3. Geburtsdatum und Geschlecht		Tag Monat Jahr		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Gemeinde-Nr. des Hauptwohnortes		
4a. Todeszeitpunkt		Tag Monat Jahr		Uhrzeit Stunde Minuten		Sterbebuch-Nr. Vormerkliste-Nr.		
4b. Tot aufgefunden (falls Todeszeitpunkt unbekannt)		Tag Monat Jahr		Uhrzeit Stunde Minuten				
4c. Todeseintritt		Tag Monat Jahr		Uhrzeit Stunde Minuten		und Tag Monat Jahr Stunde Minuten		
5. Sterbeort		<input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)						
Ergänzende Angaben zum Sterbe-/Auffindungsort: weitere Angaben weitere Angaben		1 im Krankenhaus		2 zu Hause		3 im Heim		
		4 Transport		5 Sonstiger:				
		Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße						
6. Todesart		<input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> nicht natürlich <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt		Name, Telefonnummer, Adresse				
7. Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt								
8. Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g		<input type="checkbox"/> Als tote Leibesfrucht <input type="checkbox"/> In der Geburt verstorben		Gewicht in g				
9a. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		folgende Hinweise bestehen				
9b. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		folgende Hinweise bestehen				
10. Todesursache		<input type="checkbox"/> Leichenschau <input type="checkbox"/> innere Leichenschau nach § 5 BestattG		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod		ICD-10 Code		
I. a) unmittelbare Todesursache		a)						
b) als Folge von		b)						
c) als Folge von (Grundleiden)		c)						
d) Epikrise		d)						
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, die nicht mit I a) in Zusammenhang stehen)								
11. Bei Verletzungen und Vergiftungen erkennbare äußere Umstände						ICD-10 Code		
Nur bei Unfällen		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall						
12. Bei Totgeburten		Geburtsort		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge bei Geburt Geburtsgewicht		
13. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollen Stunden		<input type="checkbox"/> unbekannt		
Notärztin / Notarzt (soweit Leichenschau nicht vollständig durchgeführt) Datum, Uhrzeit, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer				Ärztin / Arzt Datum, Uhrzeit, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer				

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

Todesbescheinigung		Nicht vollständig wegen: <input type="checkbox"/> Gefahr strafrechtlicher Verfolgung (§ 52 Abs. 1 StPO)		Blatt 5: Standesamt					
		<input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungsdienst		<input type="checkbox"/> ordnungsgemäße Leichenschau nicht durchführbar					
1. Personalangaben		Wird nach Angaben des Standesamtes von der unteren Gesundheitsbehörde ausgefüllt!							
Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname						Staatsangehörigkeit			
Identifikation		<input type="checkbox"/> persönlich bekannt		<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter					
		<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass		<input type="checkbox"/> keine					
2. Hauptwohnsitz									
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		Gemeinde-Nr. des Standesamtes							
		Gemeinde-Nr. des Hauptwohnortes							
3. Geburtsdatum und Geschlecht		Tag Monat Jahr		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
		Tag Monat Jahr		Uhrzeit Stunde Minuten					
4a. Todeszeitpunkt		Tag Monat Jahr		Uhrzeit Stunde Minuten					
4b. Tot aufgefunden (falls Todeszeitpunkt unbekannt)		Tag Monat Jahr		Uhrzeit Stunde Minuten					
4c. Todeseintritt		Tag Monat Jahr		Uhrzeit Stunde Minuten					
zwischen		Uhrzeit		und Tag Monat Jahr					
		Uhrzeit		Uhrzeit Stunde Minuten					
5. Sterbeort		<input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)							
Ergänzende Angaben zum Sterbe-/Auffindungsort: weitere Angaben weitere Angaben		1 im Krankenhaus 2 zu Hause 3 im Heim 4 Transport 5 Sonstiger:							
		<small>Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</small>							
6. Todesart		<input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> nicht natürlich <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt							
		Name, Telefonnummer, Adresse							
7. Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt									
8. Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g		<input type="checkbox"/> Als tote Leibesfrucht		<input type="checkbox"/> In der Geburt verstorben					
				Gewicht in g					
9a.		[REDACTED AREA]							
9b.									
10.									
11.									
12.									
13.									
Notärztin / Notarzt (soweit Leichenschau nicht vollständig durchgeführt)						Ärztin / Arzt			
Datum, Uhrzeit, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer						Datum, Uhrzeit, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer			

Bescheinigung der inneren Leichenschau nach § 5 BestattG	Blatt 1: Untere Gesundheitsbehörde	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen. <input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird nach Angaben des Standesamtes von der unteren Gesundheitsbehörde ausgefüllt! →		Standesamt	
Straße, Hausnummer				Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis				Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste Nr.	
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Sterbezeitpunkt	Tag Monat Jahr	Uhrzeit			
Zeitpunkt der Leichenauffindung	Tag Monat Jahr	Uhrzeit	Nur eintragen, wenn Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden!		

Todesursache / Klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen	Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache	
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben	b) als Folge von	
	c) als Folge von (Grundleiden)	
	d) Epikrise	
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen		

Ort und Datum der inneren Leichenschau	Die innere Leichenschau erfolgte durch (Unterschrift und Stempel)
--	---

Bescheinigung der inneren Leichenschau nach § 5 BestattG

Blatt 2:
Landesamt für Statistik Niedersachsen

Zutreffendes bitte ankreuzen
oder ausfüllen.



Personalangaben

	Wird nach Angaben des Standesamtes von der unteren Gesundheitsbehörde ausgefüllt!				→		Standesamt
					Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.		
					Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste Nr.		
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr			Uhrzeit	
Zeitpunkt der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr			Uhrzeit	

Nur eintragen, wenn Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden!

Todesursache / Klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen		Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
	Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben	b) als Folge von	
		c) als Folge von (Grundleiden)	
		d) Epikrise	
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang stehen			

Ort und Datum der inneren Leichenschau	Die innere Leichenschau erfolgte durch (Unterschrift und Stempel)
--	---

Bescheinigung der inneren Leichenschau nach § 5 BestattG		Blatt 3: Ärztin / Arzt	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen. <input checked="" type="checkbox"/>
Personalangaben			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird nach Angaben des Standesamtes von der unteren Gesundheitsbehörde ausgefüllt! →	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste Nr.
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Sterbezeitpunkt	Tag Monat Jahr Uhrzeit		
Zeitpunkt der Leichenauffindung	Tag Monat Jahr Uhrzeit	Nur eintragen, wenn Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden!	
Todesursache / Klinischer Befund			
Bitte nur eine Todesursache pro Feld; nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Versagen, Kachexie usw. eintragen		Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unvermeidbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesur- sache unter a) herbeigeführt haben	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
	d) Epikrise		
II. Andere wesentlichen Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todes- ursache oder dem Grundleiden im Zu- sammenhang stehen			
Ort und Datum der inneren Leichenschau		Die innere Leichenschau erfolgte durch (Unterschrift und Stempel)	

Herausgegeben von der Niedersächsischen Staatskanzlei
Verlag und Druck: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover; Postanschrift: 30130 Hannover,
Telefon 0511 8550-0, Telefax 0511 8550-2400, Postbank Hannover 4 10-308. Erscheint nach Bedarf. Laufender Bezug und Einzelstücke können
durch den Verlag bezogen werden. Bezugspreis pro Jahr 56,30 € (einschließlich 3,68 € Mehrwertsteuer und einschließlich 9,20 € Portokosten-
anteil). Bezugskündigung kann nur 10 Wochen vor Jahresende schriftlich erfolgen. Einzelnummer je angefangene 8 Seiten 1,05 €. ISSN 0341-3497.
Abonnementservice Christian Engelmann, Telefon 0511 8550-2424, Telefax 0511 8550-2405

Einzelverkaufspreis dieser Ausgabe 2,10 € einschließlich Mehrwertsteuer zuzüglich Versandkosten

Preiswerte Textausgaben wichtiger Gesetze

Aktuell:

Gemeinde- und Landkreis- ordnung

Neubekanntmachung der Niedersächsischen
Gemeindeordnung (NGO) vom 28. 10. 2006
und der Niedersächsischen Landkreisord-
nung (NLO) vom 30. 10. 2006 (Nds. GVBl.
Nr. 27/06) 7,35 €

(Die Einzelpreise verstehen sich einschl. MwSt. zuzüglich
Versandkosten.)

Bestellungen erbeten an:



schlütersche

Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Postanschrift: 30130 Hannover
Adresse: Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover
Telefon 0511 8550-0 · Telefax 0511 8550-2405
info@schluetersche.de · www.schluetersche.de

Wenn es einmal schnell gehen muss...

www.rechtsvorschriften-niedersachsen.de

**Niedersächsisches
Gesetz- und Verordnungsblatt
und
Niedersächsisches Ministerialblatt
als**

Download-Version für 5 €

je Einzeldokument

Kostenlose Suchfunktion möglich

 **schlütersche**
Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG