

# Ärztlicher Behandlungsschein

Vor- und Zuname des Verstorbenen\*:

Totgeburt oder namenlos verstorben\*:

(Bei totgeborenen oder namenlos verstorbenen Kindern

a) eheliche Abkunft: Name des Vaters und der Mutter

b) uneheliche Abkunft: Name der Mutter)

**Geschlecht, Religion und Stand**

männlich / weiblich\*

(bei Kindern unter 15 Jahren ob ehelich oder unehelich):

**Gestorben\***, tot geboren\*, tot aufgefunden\*:

Tag: \_\_\_ Monat: \_\_\_ Jahr: \_\_\_ Stunde: \_\_\_ \*\*

**Geboren** (Geburtsstunde nur bei Kindern, die innerhalb der ersten 24 Lebensstunden verstorben sind):

Tag: \_\_\_ Monat: \_\_\_ Jahr: \_\_\_ Stunde: \_\_\_ \*\*

**Beruf** des Verstorbenen:

**Letzter ständiger Wohnort** (genaue Adresse):

**Sterbeort\***, Ort der Totgeburt\*, Fundort der Leiche:

(genaue Adresse; Name der Anstalt)

**Todesursache**

**Todesursache oder Kausalkette der Todesursachen:**

**1) Die unmittelbar** zum Tod führende Krankheit, Verletzung oder Komplikation (nicht die Art des Todeseintritts wie z.B. Herz-Kreislaufversagen oder Atemstillstand)

a) .....

**vorausgegangene Ursachen**, falls vorhanden:

bedingt durch :

Krankheitszustände, welche zu der unter a) angeführten unmittelbaren Ursache geführt haben, mit der zugrundeliegenden Todesursache (dem Grundleiden) an letzter Stelle

b) .....

*Beispiel für eine Kausalkette*

a) Ösophagusvarizenblutung (= unmittelbare Todesursache)

b) portale Hypertonie

c)alkohol. Leberzirrhose (= Grundleiden)

bedingt durch

Falls der Krankheitsverlauf nur durch **ein** Geschehen bestimmt ist, reicht der Eintrag in Zeile a) aus

c) .....  
Das Grundleiden soll in der untersten **ausgefüllten** Zeile stehen!

**2) Andere wesentliche Krankheitszustände**, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheits selbst oder mit dem verursachenden Zustand im Zusammenhang stehen:

*Bsp: Diabetes mell., Hypertonie*

**3) Bei gewaltsamen Todesfällen (Unfall, Selbstmord) Einzelheiten über Art, Weise und Ursache des gewaltsamen Todes**

*Bsp: Suizid durch Erhängen*

**Datum der letzten Behandlung:**

Wien, \_\_\_\_\_

Der behandelnde Arzt  
(Unterschrift und Stampiglie)

Name, Adresse und Telefonnummer der Angehörigen:

Beschauprotokoll Nr: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Beschaut am \_\_\_\_\_, um \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Min

Todesbescheinigung ausgestellt\*

Behördlich angeordnete Obduktion beantragt\*

Polizeiliche Kommissionierung beantragt\*

Der Totenbeschauerarzt  
(Unterschrift und Stampiglie)

\* Nichtzutreffendes streichen!

\*\* Nach der 24-Stunden-Uhrzeit!