

ÄRZTLICHER BEHANDLUNGSSCHEIN

für den Totenbeschauer

gemäß § 5 des Steiermärkischen Leichenbestattungsgesetzes 2010

Familienname (unterstreichen), Vorname(n):	Tag, Monat, Jahr, Stunde und Minute sowie Ort des Todes (soweit bekannt):
Tag, Monat und Jahr der Geburt:	
Letzte Wohnanschrift:	
In hausärztlicher Betreuung seit:	

Ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!	Angenommene Todesursache oder angenommene Kausalkette der Todesursachen in deutscher, wissenschaftlicher Bezeichnung; Abkürzungen bitte vermeiden.	Ungefähre Zeitdauer zwischen Beginn der Erkrankung und Tod, falls bekannt
<p>1. Angenommene unmittelbar zum Tod führende Krankheit, Verletzung oder Komplikation (nicht die Art des Todeseintritts wie z.B. Herz-Kreislaufversagen oder Atemstillstand)</p> <p>vorausgegangene Ursachen, falls vorhanden: Krankheitszustände, welche zu der unter a) angeführten angenommenen unmittelbaren Ursache geführt haben könnten, mit der zugrunde liegenden angenommenen Todesursache</p> <p><i>Beispiele für eine Kausalkette</i></p> <p>a) <i>Ösophagusvarizenblutung (= angenommene unmittelbare Todesursache)</i></p> <p>b) <i>portale Hypertonie</i></p> <p>c) <i>alkohol. Leberzirrhose (= Grundleiden)</i></p> <p>d) -----</p> <p>Falls der Krankheitsverlauf nur durch ein Geschehen bestimmt ist, reicht der Eintrag in Zeile a) aus.</p>	<p>a)</p> <p>bedingt durch (Folge von):</p> <p>b)</p> <p>bedingt durch (Folge von):</p> <p>c)</p> <p>bedingt durch (Folge von):</p> <p>d)</p> <p>Das Grundleiden soll in der untersten ausgefüllten Zeile stehen!</p>	
<p>2. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben könnten, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen</p> <p><i>Beispiele: Diabetes mellitus, Bluthochdruck</i></p>		
<p>3. Obduktion wird empfohlen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>4. Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt</p>		
<p>5. Besondere Bemerkungen oder Anweisungen (betreffend Infektionen u. dgl.)</p>		
Name und Anschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes (oder Stampiglie)		Datum und eigenhändige Unterschrift oder qualifizierte elektronische Signatur der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.