



## Ärztlicher Todesfallbericht

### Hinweis für den (Haus)Arzt:

Bitte füllen Sie den Bericht detailliert, vollständig und wahrheitsgemäß aus. Alle vorliegenden Befunde bzw. Berichte vor- und mitbehandelnder Ärzte, Krankenhausberichte o.ä. sind diesem Bericht in Kopie beizufügen. Gemäß den allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Kosten des Berichts vom Anspruchsteller zu tragen. Wir bitten Sie um eine möglichst zeitnahe Rücksendung an den Anspruchsteller. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Versicherungs-Nr.

### Verstorbene Person

Frau Herr Name, Vorname

Geburtsdatum

Todesdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

### Anspruchsteller

Frau Herr Name, Vorname

E-mail

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Telefonnummer

### 1. Seit wann behandelten Sie den inzwischen oben genannten Verstorbenen? Tag/Monat/Jahr?

Gegebenenfalls Ihr Praxisvorgänger?

### 2. Erfolgte die Überweisung durch einen anderen Arzt? (Name und Adresse)

### 3. Wann, wegen welcher Krankheiten, Störungen oder Beschwerden haben Sie den Verstorbenen untersucht, behandelt oder beraten? (Bitte auch Angaben Ihres Praxisvorgängers)

von

bis

wegen

Anmerkungen



**4. Was wurde über welchen Zeitraum verordnet?**

---

**5. Wichtig: Welches Leiden hat den Tod unmittelbar herbeigeführt?**

---

Datum der Diagnose?

Wann wurde die Diagnose bekannt gegeben?

a) Wann und durch welchen Arzt erfolgte die erste Behandlung des Leidens?

b) Was wurde über welchen Zeitraum verordnet?

**6. Welche Krankheiten oder äußere Ursachen sind dem Leiden ursächlich vorausgegangen? (Grundleiden)**

---

a) Wann und durch welchen Arzt erfolgte die erste Behandlung des Grundleidens?

b) Was wurde über welchen Zeitraum verordnet?

**7. Welche Begleit- oder Nebenerkrankungen bestanden?**

---

Seit	Diagnose
------	----------



**8. Wurden wegen dieser Leiden Röntgenuntersuchungen, EKG, Blutuntersuchungen, Kuren usw. durchgeführt?**

Wann	Durch welchen Arzt	Resultat
------	--------------------	----------

**9. Seit wann waren dem Verstorbenen die genannten Krankheiten und/oder Leiden bekannt?**

[Empty form area for question 9]

**10. Andere Krankheitszustände die zum Zeitpunkt des Todes bestanden?**

[Empty form area for question 10]

**11. War der Verstorbene Raucher? Wenn ja, seit wann? Wie viele Zigaretten, Zigarren o.ä. täglich?**

[Empty form area for question 11]

**12. Von welchen anderen Ärzten, Krankenhäusern oder Heilstätten wurde der Verstorbene noch untersucht, behandelt oder beraten? (Bitte vollständige Anschriften)**

Name	Adresse	Behandlungsdaten
------	---------	------------------

Bitte allfällige Kranken-, Operations- oder Spitalaustrittsberichte beilegen!

**13. Welcher Arzt hat die Einweisung veranlasst?**

[Empty form area for question 13]

**14. Liegt ein nicht natürlicher Tod vor? Besteht Selbsttötungsverdacht bzw. aus welchen Gründen kann eine Selbsttötung als ausgeschlossen angesehen werden? (Eventuell Unfall, sonstige Gewalteinwirkungen)**

[Empty form area for question 14]



a) Fand eine Obduktion statt?  
Institut und Arzt:

Ja    Nein

[Empty form area for obduction details]

**(Bitte reichen Sie uns eine Kopie des Obduktionsberichtes ein)**

**15. Lag eine HIV-Infektion vor oder wurde diese festgestellt?**

[Empty form area for HIV infection question]

Welcher Krankenkasse/Versicherung gehörte der Verstorbene an?

[Empty form area for insurance question]

**16. Welche Versicherungsgesellschaft, Berufsgenossenschaft, Behörde hat noch einen Bericht bei Ihnen angefordert?**

[Empty form area for insurance companies]

**17. Sonstige Mitteilungen, die für die Beurteilung des Todesfalles von Wichtigkeit sind. Insbesondere wird bei Tod auf unnatürliche Weise (Selbsttötung, Unfall oder Tod durch eine andere äußere Gewalteinwirkung) um eine Schilderung der näheren Umstände gebeten.**

[Large empty form area for additional information]

**Unterschrift**

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

[Large empty box for doctor's stamp and signature]