

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:

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Todesdatum:

Anschrift:

Postleitzahl, Wohnort
Straße

Anspruchsteller:

Name, Vorname, Adresse, E-Mail,
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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Anmerkungen hierzu:

4. Was wurde über welchen Zeitraum verordnet?

[Redacted area]

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

[Redacted area]

Datum der Diagnose?

[Redacted area]

Wann wurde die Diagnose bekannt gegeben?

[Redacted area]

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

[Redacted area]

b) Was wurde über welchen Zeitraum verordnet?

[Redacted area]

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

[Redacted area]

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

[Redacted area]

b) Was wurde über welchen Zeitraum verordnet?

[Redacted area]

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?

10. Andere Krankheitszustände die zum Zeitpunkt des Todes bestanden?

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

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?

[Redacted area for answer to 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)

[Redacted area for answer to question 14]

a) Fand eine Obduktion statt? ja nein
Institut und Arzt:

[Redacted area for answer to question 14a]

(Bitte reichen Sie uns eine Kopie des Obduktionsberichtes ein)

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

[Redacted area for answer to question 15]

Welcher Krankenkasse/Versicherung gehörte der Verstorbene an?

[Redacted area for answer to question 15b]

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

[Redacted area for answer to question 16]

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.

[Redacted area for answer to question 17]

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes