

Bescheinigung
der unteren Gesundheitsbehörde über die ärztliche Leichenschau

Nach Besichtigung der Leiche am 20....

wird hierdurch amtlich bescheinigt, dass

.....
(Familienname [Ehename], ggf. Geburtsname; Vorname)

.....
(Geburtstag, -monat, -jahr)

.....
(Wohnort)

.....
(Sterbeort)

am 20....

an
(Todesursache)

gestorben ist.

Auf Grund der Leichenschau hat sich ein Verdacht nicht ergeben, dass die/der Verstorbene
eines nicht natürlichen Todes gestorben sei.

....., den 20....

(Siegel)

.....
(Unterschrift und Bezeichnung der oder des zur Vornahme der
Leichenschau beauftragten Ärztin oder Arztes)