

**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.....

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 oder Arztstempel)

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