

Ärztliche Todesfeststellung

Name des/der Verstorbenen: _____

Sozialversicherungsnummer (10-stellig): _____

Todeszeitpunkt: Datum: _____

Uhrzeit: _____ Uhr

Die Todesfeststellung erfolgte am _____,

um _____ Uhr,

in _____

Die Durchführung der Todesfeststellung erfolgte durch:

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Der Auffindungsort des/der Verstorbenen:

Die Leiche ist gemäß § 3 Abs. 2 NÖ Bestattungsgesetz in unveränderter Lage am Sterbe- oder Auffindungsort zu belassen, wenn der Arzt oder die Ärztin, der oder die den Tod festgestellt hat, wegen konkreter Bedenken, dass der Tod nicht aufgrund einer natürlichen Todesursache eingetreten ist (zB Suizid, Fremdeinwirkung, etc.) oder der oder die Verstorbene an einer meldepflichtigen Krankheit gelitten hat, dem Abtransport widerspricht.

Einem Abtransport wird (bitte zutreffendes ankreuzen):

☐ widersprochen.

☐ nicht widersprochen.

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes: _____