Anlage 1
(zu § 15)

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)