

Praxisstempel

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Geldinstitut

Ich verzichte auf die Aufwandsentschädigung zugunsten des RHESA.

Datum

Unterschrift

**Angaben zum/zur Hausarzt/-ärztin bzw. zuletzt behandelnde (r) Arzt / Ärztin (falls bekannt)**

**Angaben der Todesbescheinigung (nur vom Gesundheitsamt auszufüllen)**

Name

Beurkundungsjahr

□□□□

Gemeindeschlüssel-Nr. Standesamt:

□□□□□□□□□□

Sterbebuch-Nr.:

□□□□□□□□□□

Anschrift

**Bei Feststellung des Todes durch den Rettungsdienst bitte die Einsatznummer des Einsatzprotokolls angeben:**

\_\_\_\_\_

## TODESFALL - ERHEBUNGSBOGEN

1. Waren Sie  Hausarzt / Hausärztin bzw. zuletzt behandelnde (r) Arzt/Ärztin  Leichenschauende (r) Arzt/Ärztin

**Angaben zur Person des Verstorbenen:**

2. Lebte der/die Verstorbene allein?  
 Ja  Nein  Nicht bekannt
3. Berufliche Situation der/des Verstorbenen vor dem Tod  
 Berufstätig  Nicht berufstätig  Nicht bekannt

**Fragen zu den Todesumständen:**

4. Wenn der Patient in einer stationären Einrichtung verstarb:  
 4.1. Wo verstarb der Patient/die Patientin?

- Krankenhausaufnahme  
 Auf einer Allgemeinstation  Auf einer Intensivstation  
 Rehabilitationszentrum  Hospiz
- Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Nicht bekannt

4.2. Wenn der Tod im Krankenhaus eintrat:

Erfolgte die letzte Klinikaufnahme primär wegen eines akuten Herzinfarktes?  Ja  Nein

Falls nein, welche Aufnahmediagnosen:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. Haben Sie den/die Verstorbene/n noch lebend angetroffen?  
 Ja  Nein

6. Verstarb der/die Patient/in in Anwesenheit von Zeugen?  
 Ja  Nein  Nicht bekannt

7. Wurde der Rettungsdienst gerufen?  
 Ja  Nein  Nicht bekannt

8. Wurde eine Reanimation durchgeführt?  
 Ja  Nein  Nicht bekannt

9. Wo und von wem wurde/n die Reanimation/en durchgeführt?  
 (Mehrfachnennung möglich)

- In einer Krankenhausaufnahme  
 Auf einer Intensivstation  
 Auf einer Allgemeinstation  
 Sonstiger Ort im Krankenhaus  
 Außerhalb der Klinik  
 von einem Arzt  
 von einem Rettungssanitäter oder -assistenten  
 von sonstigem medizinischen Fachpersonal  
 von Laien

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Nicht bekannt

**Fragen zum akuten Koronareignis:**

Patient ist nicht an akutem Myokardinfarkt verstorben  
**(Falls zutreffend, bitte weiter ab Frage 16)**

10. Wie lange war ca. das Zeitintervall zwischen Beginn von akuten Schmerzen/Beschwerden, die auf einen Herzinfarkt hindeuten und dem Todeseintritt?

Stunden: \_\_\_\_\_ Minuten: \_\_\_\_\_

- nach Angaben von Zeugen  
 nach eigener Beobachtung  
 Nicht bekannt

## TODESFALL - ERHEBUNGSBOGEN

### Fragen zum akuten Koronarereignis:

11. Klagte der/die Verstorbene in den letzten Stunden vor dem Tod über Beschwerden, die auf einen Herzinfarkt hindeuten?
- Ja, nach Angaben des/der Patienten/in, von Angehörigen oder Zeugen  
 Ja, nach eigener Beobachtung  
 Nein  Nicht bekannt
12. Handelte es sich dabei um ausgeprägte, anhaltende präkordiale Schmerzen?
- Ja  Nein  Nicht bekannt
13. Wurde eine Thrombolyse durchgeführt?
- Ja, systemisch  Ja, intrakoronar  Nein  
 Nicht bekannt
14. Wurde eine PTCA durchgeführt?
- Ja, mit Stent  Ja, ohne Stent  Nein  
 Nicht bekannt
15. Wurde eine Bypass-Operation durchgeführt?
- Ja  Nein  Nicht bekannt

### Fragen zur Anamnese und Langzeitmedikation:

16. Hatte der/die Verstorbene schon früher, d.h. mehr als 4 Wochen vor dem Tod einen Herzinfarkt, der im Krankenhaus behandelt wurde?
- Ja  Nein  Nicht bekannt
17. Gab es bei dem/der Verstorbenen anamnestische Hinweise auf eine Angina pectoris?
- Ja  Nein  Nicht bekannt
18. Bestand bei dem/der Verstorbenen eine durch Befunde bestätigte koronare Herzkrankheit?
- Ja  Nein  Nicht bekannt
- Wenn ja, welche Untersuchungen wurden durchgeführt?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
19. War bei dem Patienten/der Patientin schon früher, d.h. vor mehr als 4 Wochen, eine Bypass-Operation durchgeführt worden?
- Ja  Nein  Nicht bekannt
20. War bei dem Patienten/der Patientin schon früher, d.h. vor mehr als 4 Wochen, eine PTCA durchgeführt worden?
- Ja, mit Stent  Ja, ohne Stent  Nein  
 Nicht bekannt

21. Gab es bei dem/der Verstorbenen anamnestisch Hinweise auf folgende Krankheiten?

(Mehrfachnennung möglich)

- Hyperlipidämie  
 Hypertonie  
 Apoplexie  
 nicht-ischämische Kardiomyopathie  
 Herzklappenfehler/-erkrankung  
 Diabetes mellitus  
 Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung  
 Chronische Lebererkrankung, Leberzirrhose  
 Nikotinabusus  
 Alkoholabusus  
 Starkes Übergewicht (BMI > 30)

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nicht bekannt

22. Hat der/die Verstorbene regelmäßig eines oder mehrere der nachfolgenden Medikamente eingenommen?

- Nitrate  
 Beta-Blocker  
 Calcium-Antagonisten  
 Antiarrhythmika (außer Beta-Blocker)  
 Digitalis  
 Diuretika  
 Thrombozytenaggregationshemmer  
 Antikoagulantien  
 ACE-Hemmer  
 Lipidsenker  
 Insulin  
 Orale Antidiabetika

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nicht bekannt

**VIELEN DANK FÜR DAS AUSFÜLLEN DES  
TODESFALL-ERHEBUNGSBOGENS !**