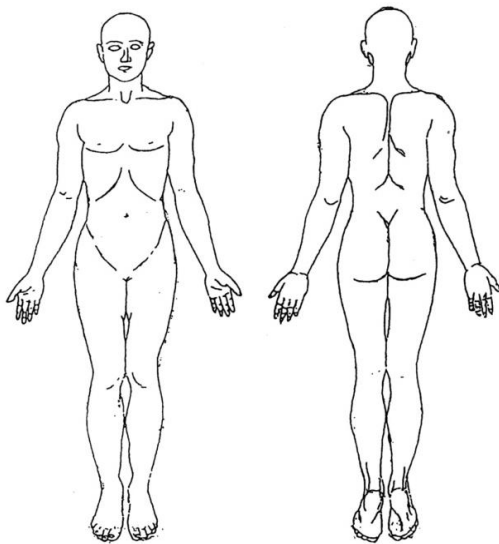


EMAIL:

Seite 1 von 2

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <u>Wasserleichen</u> | Wassertemperatur: <input type="checkbox"/> geschätzt <input type="checkbox"/> gemessen °C Waschhaut <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schaumpilz <input type="checkbox"/> Ablösung der Oberhaut / Handschuhphänomen | | |
| <u>Brandleichen</u> | <input type="checkbox"/> Krähenfüsse <input type="checkbox"/> Ruß im Naseneingang und/oder Mund-Rachenbereich <input type="checkbox"/> Fechterstellung | | |
| <u>Substanzmissbrauch (Verdacht)</u> | <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Dosen/Flaschen, welche: <input type="checkbox"/> Medikamente, welche: <input type="checkbox"/> Drogen, welche: <input type="checkbox"/> Suchtgifutensilien, welche: Injektionsstellen: <input type="checkbox"/> alt <input type="checkbox"/> frisch - Lokalisation: Sonstiges (z.B. Erbrochenes): | | |
| <u>Suizid</u> | <input type="checkbox"/> Medikamentenpackungen <input type="checkbox"/> Rückstände in Trinkbehältnissen <input type="checkbox"/> Abschiedsbrief | | |
| <u>Sichtbare Verletzungen</u> | <input type="checkbox"/> Schnitt <input type="checkbox"/> Stich Lokalisation | <input type="checkbox"/> Schuss Form / Größe: | <input type="checkbox"/> Stumpfe Gewalt |
| Gewalt gegen Hals | <input type="checkbox"/> Strang-/Drosselmarke <input type="checkbox"/> Würgemale <input type="checkbox"/> Stauungsblutungen <input type="checkbox"/> Gesichtshaut <input type="checkbox"/> Augen-Bindehäute <input type="checkbox"/> Mund-SH <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Kratzspuren) | | |

Weiterführende detaillierte Beschreibung der Leiche, sonstige Auffälligkeiten (z.B. Abrinnspuren)



Ergebnis der Leichenbeschau:

| | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| Todesart (vermutlich) | <input type="checkbox"/> natürlich | <input type="checkbox"/> nicht natürlich | <input type="checkbox"/> ungeklärt |
| Todesursache (vermutlich): | | | |
| Todeszeitpunkt (vermutlich, mit Vorbehalt): | | | |
| Verdacht auf Fremdverschulden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht sicher auszuschließen |

| | |
|-------------|--|
| Empfehlung: | <input type="checkbox"/> Weitergabe an Totenbeschauendienst <input type="checkbox"/> Gerichtliche Obduktion |
|-------------|--|

(Datum, Uhrzeit)

(Arzt/Ärztin, Stempel, Unterschrift)