



GZ:

BEARBEITER/IN:
 TELEFON:
 FAX:
 EMAIL:

Kriminalpolizeiliche Leichenbeschau Ärztlicher Befund

Untersuchte Person:

Name:		Geburtsdatum:	
Adresse:		Geschlecht:	

Daten zur Leichenbeschau:

Ort		Leitung	
Datum	Uhrzeit	zEB	

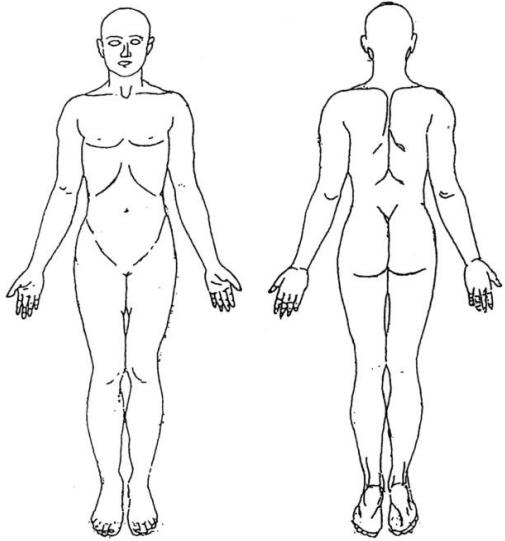
Befund:

Situationsbeschreibung vor Ort:
<u>Reanimation:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Auffindungslage/Bekleidung:</u>
<u>Vorerkrankungen/Operationen:</u>
<u>Medikamente:</u>

<u>Umgebungstemperatur</u>	<input type="checkbox"/> geschätzt	<input type="checkbox"/> gemessen	° C
<u>Leichentemperatur</u>	Extremitäten	<input type="checkbox"/> warm	<input type="checkbox"/> kalt
	Rumpf	<input type="checkbox"/> warm	<input type="checkbox"/> kalt
<u>Totenstarre</u>	Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ellbogengelenk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kniegelenk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<u>Totenflecke</u>	<input type="checkbox"/> spärlich	<input type="checkbox"/> reichlich	
	wegdrückbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	mit Auffindung kongruent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> postmortale Lageveränderung wahrscheinlich		
	<input type="checkbox"/> auffällige Aussparungen/Veränderung		
	<input type="checkbox"/> blauviolett	<input type="checkbox"/> hellrot	<input type="checkbox"/> braun
<u>CO-Vergiftung</u>	Verdacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<u>Späte Leichenveränderungen</u>	<input type="checkbox"/> Grünverfärbung im Bauchbereich	<input type="checkbox"/> Durchschlagende Venenzeichnung	
	<input type="checkbox"/> Fäulnisblasen - Lokalisation:		
	<input type="checkbox"/> Austritt von Fäulnisflüssigkeit - Lokalisation:		
	<input type="checkbox"/> Auftriebung des Leibes	<input type="checkbox"/> Ablösung der Haut/Haare/Nägel	
	<input type="checkbox"/> Mumifizierung - Lokalisation:		
	<input type="checkbox"/> Tierfraß - Lokalisation:		
	<input type="checkbox"/> andere (z.B. Fettwachsbildung):		
<u>Insektenbefall</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - welche:	<input type="checkbox"/> Maden <input type="checkbox"/> Puppen <input type="checkbox"/> leere Puppenhülsen
	<input type="checkbox"/> sonstige		
<u>Strommarken</u>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - wo:	

<u>Wasserleichen</u>	<p>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</p>
<u>Brandleichen</u>	<input type="checkbox"/> Krähenfüsse <input type="checkbox"/> Ruß im Naseneingang und/oder Mund-Rachenbereich <input type="checkbox"/> Fechterstellung
<u>Substanzmissbrauch</u> <u>(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"/> Suchtgiftutensilien, 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 <input type="checkbox"/> Schuss <input type="checkbox"/> Stumpfe Gewalt Lokalisation Form / Größe:
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) natürlich nicht natürlich ungeklärt

Todesursache (vermutlich):

Todeszeitpunkt (vermutlich, mit Vorbehalt):

Verdacht auf Fremdverschulden: Ja Nein nicht sicher auszuschließen

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

(Datum, Uhrzeit)

(Arzt/Ärztin, Stempel, Unterschrift)