



# HESSISCHER LANDTAG

04. 04. 2018

INA

**Änderungsantrag  
der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zu dem Gesetzentwurf  
der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN  
für ein Zweites Gesetz zur Änderung des Friedhofs- und Bestattungsgesetzes  
Drucksache 19/6162**

Der Landtag wolle beschließen :

1. Die Anlagen 1 bis 5 aus dem Anhang werden dem Gesetzentwurf als Anhang angefügt.

**Begründung:**

**Zu Nr. 1:**

Nach Art. 1 Nr. 19 des Gesetzentwurfs werden die bisherigen Anlagen 2 bis 6 des Friedhofs- und Bestattungsgesetzes zu den Anlagen 1 bis 5 und sollen die aus dem Anhang ersichtliche Fassung erhalten. In der eingereichten Fassung des Gesetzentwurfes ist versehentlich das Anfügen der in Art. 1 Nr. 19 beschriebenen Anlagen unterblieben. Diese sollen nun ergänzt werden.

Wiesbaden, 4. April 2018

Für die Fraktion  
der CDU  
Der Parlamentarische Geschäftsführer:  
**Bellino**

Für die Fraktion  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
Der Parlamentarische Geschäftsführer:  
**Frömmrich**

**Anlagen**

Zutreffendes bitte ankreuzen

## Personalangaben

bitte ohne Abkürzungen in Druckbuchstaben ausfüllen

Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt								
Straße, Hausnummer			Sterbebuch-Nr.								
PLZ, Wohnort, Kreis			Vormerklisten-Nr.								
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Identifikation											
<input type="checkbox"/> Aufgrund eigener Erkenntnis			<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass			<input type="checkbox"/> nach Angaben von Angehörigen/Dritten			<input type="checkbox"/> nicht möglich		
Zeitpunkt des Todes	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	ggf. Zeitpunkt der Leichenauffindung	ggf. Zeitraum des Todes	ggf. zuletzt lebend gesehen			
Ort des Todes		<input type="checkbox"/>	ggf. Auffindungsort		<input type="checkbox"/>	Straße, Hausnummer, Name des Krankenhauses o. ä.			PLZ, Ort, Kreis		
Todesart											
<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod			<input type="checkbox"/> Nichtnatürlicher Tod				<input type="checkbox"/> Ungeklärte Todesart				
Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g											
<input type="checkbox"/> als tote Leibesfrucht geboren			<input type="checkbox"/> in der Geburt verstorben			Gewicht		Gramm	Länge		cm

**Achtung**

(Das schraffierte Feld nicht beschriften)

Bitte vor dem Abtrennen von Blatt 1

jedes Blatt mit Unterschrift, Namensstempel und Telefonnummer versehen

anschließend Blatt 2 bis 6 ausfüllen

**Ärztliche Bescheinigung**

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben.

Der mögliche Infektionsstatus der Leiche wurde bei der durchgeführten Untersuchung beurteilt.

Gegen eine Überführung bestehen - soweit bekannt - seuchenrechtliche Bedenken:  ja  nein

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift, Namensstempel und Tel.-Nr. der Ärztin oder des Arztes



Rechtsmedizinisches Institut /  
Berechtigte Ärztin, berechtigter Arzt

\_\_\_\_\_  
Stempel mit Anschrift

## Bescheinigung über die Zweite Leichenschau

Nach Prüfung des Leichenschauscheins der Ersten Leichenschau, der zur Feuerbestattung vorliegenden Papiere und nach Vornahme der Zweiten Leichenschau bescheinige ich, dass Anhaltspunkte dafür, dass der Tod der/des

Name, Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

gestorben am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

auf gewaltsame Weise – durch strafbare Handlung – herbeigeführt wurde, nicht gefunden wurden.

Ich schließe mich der Ansicht des behandelnden Arztes über die Todesursache an.

Ich schließe mich der Ansicht des behandelnden Arztes über die Todesursache nicht an.

Festgestellte Todesursache: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Dienstbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Leichenpass  
Laissez-passer mortuaire  
Corpse transit permit**

Nachdem alle gesetzlichen Vorschriften über die Einsargung beachtet worden sind, soll die Leiche der/s  
Toutes les prescriptions légales relatives à la mise en cercueil ayant été observées, le corps de  
In compliance with all legal regulations concerning the confining, the dead body of

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname der/des Verstorbenen - nom et prénom du défunt - name and first name of the deceased

\_\_\_\_\_  
Geschlecht - sexe – sex / Geburtsdatum – date de naissance – date of birth / Geburtsort – lieu de naissance - place of birth

\_\_\_\_\_  
Sterbedatum – date du décès - day of death / Sterbeort – lieu du décès – place of death

\_\_\_\_\_  
Beförderungsmittel - moyen de transport - means of transportation

\_\_\_\_\_  
vom – de – from / Absendeort – lieu d'expédition - place of dispatch

\_\_\_\_\_  
über - par – via / Strecke – route – state route

\_\_\_\_\_  
nach – à – to / Bestimmungsort - lieu de destination - destination

befördert werden. Da diese Leichenbeförderung genehmigt ist, werden alle Behörden der Länder, auf deren Gebiet der Transport stattfinden soll, gebeten, ihn frei und ungehindert passieren zu lassen.

doit être transporté. Le transport de ce corps ayant été autorisé, toutes les autorités des pays sur le territoire desquels le transport doit avoir lieu, sont invitées à le laisser passer librement et sans obstacle.

is to be carried. The transport of the corpse being duly authorized, the right of passage without hindrance is respectfully requested from the authorities of the countries to be crossed on its route.

Todesursache: \_\_\_\_\_  
cause du décès  
cause of death

(Todesursache ist in französischer und englischer Sprache oder WHO-Zahlencodex zu dokumentieren)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
le  
date

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zuständigen Behörde  
Signature de l'autorité compétente  
Signature of the competent authority

\_\_\_\_\_  
Amtlicher Stempel der zuständigen Behörde  
Cachet officiel de l'autorité compétente  
Official stamp of the competent authority

<b>Vorläufige Todesbescheinigung</b> nur von Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst auszufüllen	Blatt	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen <input checked="" type="checkbox"/>

**1. Personalangaben**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname					
Straße, Hausnummer					
PLZ, Wohnort, Kreis					
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

**2. Identifikation**

<input type="checkbox"/> Aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	--	--	--

**3. Sichere Zeichen des Todes**

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecken	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
Nähere Beschreibung			
Nulllinie im EKG nach einer Reanimationsdauer von		Minuten	

**4. Ort und Zeitpunkt des Todes**

<input type="checkbox"/> Sterbeort	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses, der Einrichtung o.ä.)			
<input type="checkbox"/> Auffindeort (falls nicht Sterbeort)	<input type="checkbox"/> im Alten-/Pflegeheim	<input type="checkbox"/> sonstiger Ort	PLZ, Ort, Kreis			
Zeitpunkt des Todes	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen
				Uhrzeit		<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
ggfls. zuletzt lebend gesehen	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten	ggfls. Zeitraum des Todes
				Uhrzeit		

**5. Wichtiger Hinweis zur Todesart**

<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, und zwar
<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt	

**Hinweis:**

Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst sind verpflichtet, den Tod festzustellen und bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod bzw. bei ungeklärter Todesart sofort die Polizei, evtl. über die Rettungsleitstelle, zu benachrichtigen.

Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst sind nicht verpflichtet, die Leichenschau durchzuführen und Todesart und Todesursache festzustellen.

Die vorläufige Todesbescheinigung berechtigt zum Transport der Leiche, sofern als Todesart „Natürlicher Tod“ angekreuzt ist.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung	Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes
--	--