

# Gesetz- und Verordnungsblatt

## für das Land Hessen

2019	Ausgegeben zu Wiesbaden am 1. März 2019	Nr. 5
Tag	Inhalt	Seite
25. 2. 19	Friedhofs- und Bestattungsverordnung ..... <i>FFN 317-14</i>	30

---

**Friedhofs- und Bestattungsverordnung\*)****Vom 25. Februar 2019**

Aufgrund des § 28a des Friedhofs- und Bestattungsgesetzes vom 5. Juli 2007 (GVBl. I S. 338), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. August 2018 (GVBl. S. 381), verordnet der Minister des Innern und für Sport:

**§ 1**

Als Vordruckmuster für

**Anlage 1**

1. die vorläufige Todesbescheinigung nach § 10 Abs. 7 Satz 2 des Friedhofs- und Bestattungsgesetzes wird Anlage 1,
2. den Leichenschauschein nach § 10 Abs. 8 des Friedhofs- und Bestattungsgesetzes wird

- a) als nicht vertraulicher Teil Anlage 2,
- b) als vertraulicher Teil Anlage 3,
3. die Bescheinigung über die zweite Leichenschau nach § 10 Abs. 9 Satz 5 des Friedhofs- und Bestattungsgesetzes Anlage 4 und
4. den Leichenpass nach § 22 Abs. 1 des Friedhofs- und Bestattungsgesetzes Anlage 5 bestimmt.

**Anlage 2****Anlage 3****Anlage 4****Anlage 5****§ 2**

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. März 2019 in Kraft. Sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2025 außer Kraft.

Wiesbaden, den 25. Februar 2019

Der Hessische Minister  
des Innern und für Sport

Beuth

**Anlage 1**

<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 <input type="checkbox"/> divers

**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"/> Auffindeort (falls nicht Sterbeort)	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> stat. Pflegeeinrichtung	Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses, der Einrichtung o.ä.)				
	<input type="checkbox"/> stat. Hospiz	<input type="checkbox"/> Einr. Eingliederungshilfe	PLZ, Ort, Kreis				
	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> sonstiger Ort					
Zeitpunkt des Todes	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen
							<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
ggfs. zuletzt lebend gesehen	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	ggfs. Zeitraum des Todes

**5. Wichtiger Hinweis zur Todesart**

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

**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
--	--

Blatt 1

**Leichenschauschein** - Nichtvertraulicher Teil - Zutreffendes bitte ankreuzen

Anlage 2

**Personalangaben**

bitte ohne Abkürzungen in Druckbuchstaben ausfüllen

Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname				Wird vom Standesamt ausgefüllt				Standesamt							
Straße, Hausnummer								Sterberegister-Nr.							
PLZ, Wohnort, Kreis								Vormerklisten-Nr.							
Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr	Geburtsort				Geschlecht		Herzschrittmarker				
									<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>Identifikation</b>															
<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				
											Tag   Monat   Jahr   Std.   Min.				
Ort des Todes				ggf. Auffindungsort				Straße, Hausnummer, Name des Krankenhauses o. ä.				PLZ, Ort, Kreis			
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>											
<b>Klassifizierung</b>															
Krankenhaus		Stat. Pflegeeinrichtung		Einrichtung der Eingliederungshilfe		Stat. Hospiz		Wohnung		Sonstige					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
<b>Todesart</b>															
<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod				<input type="checkbox"/> Nichtnatürlicher Tod				<input type="checkbox"/> Ungeklärte Todesart							
<b>Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g oder nach Ablauf der 24. Schwangerschaftswoche</b>															
<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

Blatt

**Leichenschauschein** - Vertraulicher Teil -

Zutreffendes bitte ankreuzen

Anlage 3

**Personalangaben**

bitte ohne Abkürzungen in Druckbuchstaben ausfüllen

Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterberegister-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis			Vormerklisten-Nr.	

Geburtsdatum		Geburtsort		Geschlecht		Herzschrittmacher	
Tag	Monat	Jahr		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Identifikation**

Aufgrund eigener Erkenntnis  Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass  nach Angaben von Angehörigen/Dritten  nicht möglich

Zeitpunkt des Todes		ggf. Zeitpunkt der Leichenaufindung		ggf. Zeitraum des Todes		ggf. zuletzt lebend gesehen			
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.

Ort des Todes  ggf. Auffindungsort  Straße, Hausnummer, Name des Krankenhauses o. ä. PLZ, Ort, Kreis

**Klassifizierung**

Krankenhaus  Stat. Pflegeeinrichtung  Einrichtung der Eingliederungshilfe  Stat. Hospiz  Wohnung  Sonstige

**Todesart**

Natürlicher Tod  Nichtnatürlicher Tod  Selbsttötung  Tötung  Unfalltod  Ungeklärte Todesart

**Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g oder nach Ablauf der 24. Schwangerschaftswoche**

als tote Leibesfrucht geboren  in der Geburt verstorben Gewicht       Gramm Länge       cm

**Letzte Behandlung durch: Ärztin oder Arzt, Krankenhaus, Hausärztin oder Hausarzt**

Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, Telefax

**Sichere Zeichen des Todes**

Totenstarre  Totenflecke  Fäulnis  Hirntod  Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar Reanimationsbehandlung  ja  nein

**Wahrscheinliche Todesursache / Klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

<b>I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit</b> (letztliche Todesursache)	a) unmittelbare Todesursache	Zeitdauer zwischen Krankheitsbeginn und Tod	ICD-Code
<b>Vorangegangene Ursache</b> (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
<b>Grundleiden</b>	c) als Folge von		

**II. Andere wesentliche Krankheiten**

Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen

**Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise) sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung**

**Auszufüllen bei nichtnatürlichem Tod**

**Unfallkategorie** (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen) (bei Verkehrsunfällen auch die Fortbewegungsart des Unfallopfers ankreuzen)

häuslicher Unfall  Arbeits- oder Dienstunfall  PKW-Fahrer  PKW-Beifahrer  Fahrradfahrer

Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall)  (ohne Wegeunfall)  LKW-Fahrer  LKW-Beifahrer  Fahrradmitfahrer

Verkehrsunfall (auf nicht öffentl. Verkehrsweg)  Schulunfall (ohne Wegeunfall)  Motorradfahrer  Motorradmitfahrer  Fußgänger

Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)  sonstiger Unfall  Fahrer eines sonstigen KFZ

**Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache)** z. B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw. ICD-Code

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache (Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod)**

z. B. bei Unfall (Sturz), Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikation medizinischer Behandlung

Außere Ursache der Schädigung (Angaben über Hergang) ICD-Code

Bei Vergiftung: Angabe des Mittels Angaben über den Ort des Ereignisses

**Angabe der Krankheit**

Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen Mehrlingsgeburt  ja  nein Länge bei der Geburt     cm Geburtsgewicht       g

Bei Neugeborenen, verstorben innerhalb der ersten 24 Stunden Frühgeburt  ja Schwangerschaftswoche     Lebensdauer Stunden/Minuten

Bei Frauen Liegt eine Schwangerschaft vor  ja, im  -ten Monat  nein  unbekannt

Erfolgte im letzten Jahr eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort  ja Entbindungsdatum             nein  unbekannt

**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

**Anlage 4**

- Rechtsmedizinisches Institut Frankfurt
- Rechtsmedizinisches Institut Gießen
- Gesundheitsamt \_\_\_\_\_
- 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

**Anlage 5**

**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 coffining, 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

---

**Herausgeber:** Hessische Staatskanzlei, Wiesbaden

**Verlag:** A. Bernecker Verlag GmbH, Unter dem Schöneberg 1, 34212 Melsungen,  
Telefon (0 56 61) 7 31-0, Fax (0 56 61) 73 14 00, ISDN: (0 56 61) 73 13 61, Internet: [www.bernecker.de](http://www.bernecker.de)

**Druck:** Druckerei Bernecker GmbH, Unter dem Schöneberg 1, 34212 Melsungen, Telefon (0 56 61) 7 31-0, Fax (0 56 61) 73 12 89

**Vertrieb und Abonnementverwaltung:**

A. Bernecker Verlag GmbH, Unter dem Schöneberg 1, 34212 Melsungen, Tel.: (0 56 61) 7 31-4 20, Fax: (0 56 61) 7 31-4 00  
E-Mail: [aboverwaltung@bernecker.de](mailto:aboverwaltung@bernecker.de)

**Bezugsbedingungen:** Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Bezugszeit ist das Kalenderjahr. Abbestellungen zum 31. Dezember müssen spätestens am 15. November schriftlich beim Verlag vorliegen. Fälle höherer Gewalt, Streik, Aussperrung und dergleichen entbinden den Verlag von der Verpflichtung auf Erfüllung von Aufträgen und Schadensersatzleistungen.

**Bezugspreis:** Der jährliche Bezugspreis beträgt 62 EUR einschl. MwSt. und Versand. Einzelausgaben kosten bis zu einem Umfang von 16 Seiten EUR 3,83. Bei stärkeren Ausgaben erhöht sich der Preis um 3,06 EUR je zusätzlich angefangener 16 Seiten. Die Preise verstehen sich inkl. MwSt. und zzgl. Porto und Verpackung.

---