

**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