

# Checkliste – ärztliche Leichenschau (1/2)

## Daten zur verstorbenen Person

Name/Vorname:		Geburtsdatum:	
Sterbedatum/Zeit:		Auffindedatum/Zeit:	
Identifizierung:	<input type="checkbox"/> eigene Kenntnis <input type="checkbox"/> Angehörige/Pflegekräfte <input type="checkbox"/> PA/Reisepass <input type="checkbox"/> nicht sicher möglich		

## Umfeld der Leiche (Auffindesituation)

Lage:  Rücken  Bauch  li Seite  re Seite  sitzend  sonstige:

Bekleidung:  bekleidet  teilbekleidet  entkleidet

Anmerkungen: *z.B. Tablettenblister, Alkoholflaschen, Drogenutensilien, Blutspuren in der Wohnung/Toilette, etc.*

## Feststellung des Todes – sichere Todeszeichen

Livores	Quantität	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> einzelne <input type="checkbox"/> konfluierend <input type="checkbox"/> allseits vorhanden
	Qualität	<input type="checkbox"/> kräftig livide <input type="checkbox"/> schwach livide (Verbluten?) <input type="checkbox"/> hellrot (Kälte? CN-Intox?)
Wegdrückbarkeit		<input type="checkbox"/> leichter Druck <input type="checkbox"/> Fingerkuppe <input type="checkbox"/> Fingernagel <input type="checkbox"/> keine
	Verteilung:	<input type="checkbox"/> passend zur Auffindesituation <input type="checkbox"/> nicht passend zur Auffindesituation
<i>Erläuterung</i>		
Rigor mortis	Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> wieder gelöst
	Obere Extremität	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> wieder gelöst
	Untere Extremität	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> wieder gelöst
Andere Zeichen	Beschreibung	<i>z.B. Dekapitation, Fäulniszeichen, Tierfraß, etc.</i>

## Inspektion Körperoberfläche/Haut nach Entkleidung

Medizinische Devices *z.B. Viggo, Endotrachealtubus, intraossärer Zugang, Defi-Marken, andere Spuren von Rettungsmaßnahmen*

Parent. Medikation

<input type="checkbox"/> Medikamentenpflaster:		Lokalisation:	
<input type="checkbox"/> s.c.-Injektionen	Lokalisation:		
<input type="checkbox"/> andere:	<i>Beschreibung</i>		

Wunden *Beschreibung*

Ernährungszustand  Adipositas  gut  schlecht  Kachexie

Pflegezustand  gut  ausreichend  schlecht  verwahrlost

Ausscheidungen

<input type="checkbox"/> Urinabgang <input type="checkbox"/> Urin auffällig:	
<input type="checkbox"/> Stuhlabgang <input type="checkbox"/> Stuhl auffällig:	

## Leichenschau – knöcherner Schädel

Schädeldach  Stufenbildung  Krepitation  Schachtelklopftön (Luft im Schädel)

Kopfschwarte  Verletzungszeichen:

*Beschreibung*

# Checkliste – ärztliche Leichenschau (2/2)

## Leichenschau – Gesichtschädel

- Augen  geschlossen  geöffnet  Isokorie  Anisokorie
- Augenlider  Punktblutungen
- Nasenskelett  Frakturzeichen
- Nasenvorhof  Blutung (  li/  re)  Schaupilz
- Ohren  retroaurikuläre Punktblutungen  Blutung (  li/  re)
- Mund  geschlossen  geöffnet  hochgebunden
- Mundhöhle  Schaupilz  Blut  Fremdinhalt:
- Zunge  Zungenbiss

## Leichenschau - Hals

- abnorme Beweglichkeit  Strangulationsfurche  Würgemal

*andere Auffälligkeiten*

## Leichenschau - Thorax

Auffälligkeiten: *z.B. Prellmarken, Gurtmarke, Rippenfraktur, instabiler Thorax, etc.*

## Leichenschau - Abdomen

Auffälligkeiten *z.B. Hämatome, Verletzungen, Zeichen einer frischen OP, etc.*

## Leichenschau - Rücken

Auffälligkeiten *z.B. Stufenbildung, Frakturzeichen, Verletzungen, etc.*

## Leichenschau – Extremitäten

Auffälligkeiten *z.B. Krepitationen, Verletzungen, etc.*

## Leichenschau - Genital

- Frauen  Scheidenverletzung  Blutungszeichen  Fremdkörper  Dauerkatheter

*andere Auffälligkeiten:*

- Männer  Penisverletzung  Blutungszeichen  Fremdkörper  Dauerkatheter

*andere Auffälligkeiten:*

## Leichenschau - After

- Verletzung  Blutungszeichen  Fremdkörper

*andere Auffälligkeiten:*

## Abschluss – Dokumentation für den Leichenschauschein

Datum Leichenschau:   
 Zeitpunkt Leichenschau:   
 Leichenschauarzt/-ärztin: