

## Ärztlicher Bericht über die Todesursache

### Private Vorsorge

---

#### 1. Versicherte Person

Vorname

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Policen-Nr.

---

#### 2. Allgemeine Fragen

2.1 Wann ist der Tod eingetreten?

Datum

Uhrzeit

2.2 Welches ist die primäre Todesursache (Grundkrankheit und/oder Verletzung)?

  
  

2.3 Welches ist die sekundäre Todesursache (Folgekrankheit und/oder Verletzung)?

  
  

2.4 Hat der Verstorbene geraucht?

Ja  Nein

(Rauchen umfasst das Rauchen von allen Genuss- und Betäubungsmitteln, insbesondere von Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren und Pfeifen).

Unbekannt

Wenn ja, in welchem Zeitraum?

2.5 Ist der Tod durch Suizid herbeigeführt worden?

Ja  Nein

2.6 Wurde eine Obduktion veranlasst?

Ja  Nein

Wenn ja, wo und durch wen wurde oder wird diese durchgeführt?

  


2.7 Ist die Todesursache unklar?  Ja  Nein

2.8 Ist der Tod durch ein Delikt herbeigeführt worden?  Ja  Nein

2.9 Wurde eine amtliche Untersuchung eingeleitet?  Ja  Nein

**Wenn ja, Name/Adresse zuständige Untersuchungsbehörde**

[Empty text input field]

.....  
**3. Tod infolge Krankheit**

**Datum**

3.1 Wann wurde der Verstorbene erstmals wegen der Grundkrankheit behandelt?

[Empty date input field]

**Namen/Adressen behandelnde Ärzte**

[Empty text input field]

**Datum**

3.2 Wann wurde der Verstorbene erstmals wegen der Folgekrankheit behandelt?

[Empty date input field]

**Namen/Adressen behandelnde Ärzte**

[Empty text input field]

3.3 Hat der Verstorbene noch an anderen Krankheiten gelitten?  Ja  Nein

**Wenn ja, an welchen und seit wann?**

[Empty text input field]

**Namen/Adressen behandelnde Ärzte**

[Empty text input field]



.....

## 4. Tod infolge Unfall

4.1 War der Verstorbene zur Zeit des Unfalls vollständig gesund und arbeitsfähig?  Ja  Nein

Wenn nein, an welchen Krankheiten hat er gelitten und seit wann?

.....

.....

.....

4.2 Handelte es sich um einen Verkehrsunfall?  Ja  Nein

Wenn nein, um welche Art von Unfall handelte es sich?

.....

.....

.....

4.3 Wurde die Polizei zugezogen?  Ja  Nein

Wenn ja, zuständige Polizeidienststelle

.....

.....

## 5. Invalidität

5.1 Ist vor dem Tod eine Anmeldung zur Früherfassung und/oder zum Bezug von Leistungen an die Invalidenversicherung (IV) erfolgt?  Ja  Nein

Name/Adresse IV-Stelle

.....

.....

## 6. Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

**Arzthonorar:** Kurzbericht CHF 60.– / Bericht mit mehr Angaben CHF 80.– / Besonders aufwändiger Bericht CHF 140.–

.....

## 7. Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

.....

Unterschrift/  
Stempel Arzt

.....



B