

An das
Klinikum Bremen-Mitte
Institut für Rechtsmedizin

Den vollständig ausgefüllten Antrag per Fax an (0421) 497 - 19 73978
oder via Email an rechtsmedizin@gesundheitnord.de

Anmeldung
einer Leichenschau

Personalien der verstorbenen Person: (Name, Vorname, Geb.-Datum)

Nicht identifiziert

Bestatter:

Telefon:

Sterbeort:

Angehörige?

Telefon:

**Wo soll die Leichenschau
durchgeführt werden?**

Hausarzt / todesfeststellender Arzt

Telefon:

Sonstiges:

Datum

Unterschrift