



# Gesetz- und Verordnungsblatt

für das Land Brandenburg

## Teil II – Verordnungen

<b>14. Jahrgang</b>	<b>Potsdam, den 14. Februar 2003</b>	<b>Nummer 3</b>
---------------------	--------------------------------------	-----------------

Datum	Inhalt	Seite
22.1.2003	Verordnung über die Dokumentation der Leichenschau im Land Brandenburg (Brandenburgische Leichenschaudokumentations-Verordnung – BbgLDV).....	42
30.1.2003	Sechste Verordnung zur Änderung der Gerichtszuständigkeits-Verordnung .....	55

**Verordnung über die Dokumentation  
der Leichenschau im Land Brandenburg  
(Brandenburgische Leichenschaudokumentations-  
Verordnung – BbgLDV)**

Vom 22. Januar 2003

Auf Grund des § 17 Abs. 5 des Brandenburgischen Bestattungsgesetzes vom 7. November 2001 (GVBl. I S. 226) verordnet der Minister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Minister des Innern:

§ 1

**Dokumentation der Leichenschau**

(1) Für die Dokumentation der Leichenschau im Land Brandenburg wird die Anwendung der in der Anlage zu dieser Verordnung aufgeführten Formulare festgelegt.

(2) Für die Dokumentation der Leichenschau nach § 17 Abs. 1 Satz 1 des Brandenburgischen Bestattungsgesetzes ist der Formularsatz „Totenschein“, bestehend aus einem Blatt nichtvertraulicher Teil und vier Blättern vertraulicher Teil mit dem dazugehörigen Fensterumschlag zu verwenden. Für die Sektion ist das Formular „Sektionsschein“, bestehend aus zwei Blättern mit dem dazugehörigen Fensterumschlag zu verwenden.

(3) Für die Feststellung des Todes im Notfall- oder Rettungsdienst ist unter Beachtung des § 3 Abs. 1 dieser Verordnung in Verbindung mit § 5 Abs. 2 des Brandenburgischen Bestattungsgesetzes das Formular „Vorläufige Bescheinigung über die Feststellung des Todes“ zu verwenden.

§ 2

**Anwendung der Formulare**

(1) Nach Ausfüllen der Personalangaben im Formularsatz „Totenschein“ ist das Blatt nichtvertraulicher Teil vom Formularsatz „Totenschein“ abzutrennen; beide Teile, nichtvertraulicher und vertraulicher Teil, sind gesondert auszufüllen. Alle Blätter des Formularsatzes „Totenschein“ sind von dem die Leichenschau durchführenden Arzt zu unterschreiben und mit dem Stempel des Arztes, gegebenenfalls der Einrichtung, zu versehen.

(2) Das eine Blatt nichtvertraulicher Teil des Totenscheins ist dem für die Bestattung Verantwortlichen zur Vorlage beim Standesamt auszuhändigen. Blatt 1 des vertraulichen Teils des Totenscheins für die untere Gesundheitsbehörde und Blatt 2 des vertraulichen Teils des Totenscheins für den Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik sind in den dazugehörigen Fensterumschlag so einzulegen, dass die Personalangaben sichtbar sind, von dem die Leichenschau durchführenden Arzt persönlich zu verschließen und dem für die Bestattung Verantwortlichen zur Vorlage beim zuständigen Standesamt zu übergeben. Blatt 3 des vertraulichen Teils des Totenscheins wird in den für die Sektion vorgesehenen Fensterumschlag so eingelegt, dass die Personalangaben sichtbar sind. Dieser Fenster-

umschlag ist von dem die Leichenschau durchführenden Arzt persönlich zu verschließen und verbleibt bei der Leiche. Blatt 4 des vertraulichen Teils des Totenscheins ist für die persönlichen Arztunterlagen bestimmt.

(3) Die durch das Standesamt notwendigen Eintragungen erfolgen ohne Öffnung des Fensterumschlages. Das Standesamt übermittelt unverzüglich nach Eintrag der Sterbebuchnummer und der weiteren Angaben in dem markierten Teil des Totenscheins Blatt 1 und 2 des vertraulichen Teils des Totenscheins an die für den Sterbeort zuständige untere Gesundheitsbehörde zwecks Überprüfung und möglicher Korrektur des Totenscheins und/oder Veranlassung einer Sektion. Für die Korrektur des Totenscheins gilt § 17 Abs. 3 Satz 2 bis 4 des Brandenburgischen Bestattungsgesetzes entsprechend. Die untere Gesundheitsbehörde leitet bis spätestens zum 15. des auf den Beurkundungsmonat folgenden Monats Blatt 2 des vertraulichen Teils des Totenscheins an den Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik weiter.

(4) Für eine vorgesehene Sektion ist das Formular „Sektionsschein“, bestehend aus einem Blatt 1 für die untere Gesundheitsbehörde und einem Blatt 2 für die mit der Sektion beauftragte Einrichtung, gemeinsam mit Blatt 3 des vertraulichen Teils des Totenscheins, in den dazugehörigen Fensterumschlag einzulegen. Für die Anwendung gilt Absatz 2 Satz 3 und 4 entsprechend.

(5) Nach erfolgter Sektion hat die mit der Sektion beauftragte Einrichtung Blatt 1 des Sektionsscheins mit dem Sektionsbefund unverzüglich an die für den Sterbeort zuständige untere Gesundheitsbehörde weiterzuleiten. Weicht der Sektionsbefund von der im Totenschein dokumentierten Todesursache ab, korrigiert die untere Gesundheitsbehörde die Todesursache und informiert unverzüglich den Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik über die Änderung der Todesursache.

(6) Befindet sich der Fensterumschlag mit dem Blatt 3 des vertraulichen Teils des Totenscheins und gegebenenfalls mit dem Formular „Sektionsschein“ bei der Bestattung noch bei der Leiche, hat der für die Bestattung Verantwortliche den verschlossenen Umschlag unverzüglich an die für den Sterbeort zuständige untere Gesundheitsbehörde weiterzuleiten.

(7) Die unteren Gesundheitsbehörden dürfen personenbezogene Daten verarbeiten, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dieser Verordnung oder nach dem Brandenburgischen Bestattungsgesetz erforderlich ist. Im Übrigen finden die Bestimmungen der §§ 28 und 29 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes Anwendung.

§ 3

**Ausnahmen bei der Ausstellung des Totenscheins**

(1) Unter Beachtung des § 5 Abs. 2 des Brandenburgischen Bestattungsgesetzes kann ein im Notfall- oder Rettungsdienst tätiger Arzt für die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes und der äußeren Umstände das Formular „Vorläufige Bescheinigung über die Feststellung des Todes“ verwenden. Blatt 1 ist für den Arzt bestimmt, der die vollständige Leichenschau aus-

führt und verbleibt in dessen persönlichen Arztunterlagen. Blatt 2 ist für die Unterlagen des Arztes im Notfall- oder Rettungsdienst bestimmt.

(2) Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod, ist die Todesursache nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, hat der die Leichenschau durchführende Arzt unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen und dafür Sorge zu tragen, dass diese den Formularsatz „Totenschein“ erhält.

#### § 4

##### **Kennzeichnungs- und Benachrichtigungspflichten**

In den Fällen von § 6 Abs. 4 des Brandenburgischen Bestattungsgesetzes hat der die Leichenschau durchführende Arzt den bei der Leiche verbleibenden Fensterumschlag mit dem Blatt 3 des vertraulichen Teils des Totenscheins und gegebenenfalls mit dem Formular „Sektionsschein“ deutlich zu kennzeichnen und die zuständige untere Gesundheitsbehörde unverzüglich zu benachrichtigen.

#### § 5

##### **Übergangsregelung**

Die im Runderlass Dokumentation der Leichenschau - Einführung eines einheitlichen Leichenschauscheines für das Land Brandenburg vom 9. Januar 1995 (ABl. S. 30) benannten Formulare behalten bis zum 30. April 2003 ihre Gültigkeit.

#### § 6

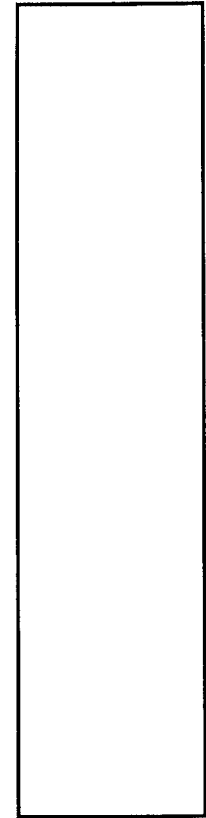
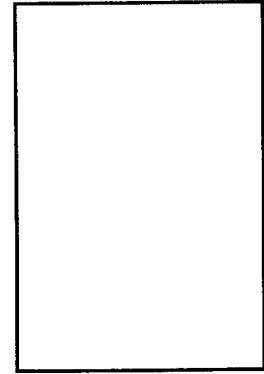
##### **In-Kraft-Treten, Außer-Kraft-Treten**

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt der Runderlass Dokumentation der Leichenschau - Einführung eines einheitlichen Leichenschauscheines für das Land Brandenburg vom 9. Januar 1995 (ABl. S. 30) außer Kraft.

Potsdam, den 22. Januar 2003

Der Minister für Arbeit,  
Soziales, Gesundheit und Frauen

Günter Baaske



Umschlag 1

**Inliegend Totenschein (Blatt 1 und 2)**

- 1. An das zuständige Standesamt
- 2. An das zuständige Gesundheitsamt

Umschlag 2

**Inliegend Sektionsschein (Blatt 3 des Totenscheins; ggf. Sektionsschein)**

(nur vom zuständigen Gesundheitsamt zu öffnen!)

Für den Leichenbestatter:

Falls sich dieser Umschlag zum Zeitpunkt der Bestattung noch bei der Leiche befindet, sofort an das zuständige Gesundheitsamt weiterleiten!

Sektion beantragt (wenn ja, bitte ankreuzen)

<b>Totenschein</b> – nichtvertraulicher Teil –		Blatt 0: Standesamt	Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>1 Personalangaben</b>		<b>Nur in Druckschrift ausfüllen</b>	
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt</b>	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbetsch-Nr.:
PLZ, Wohnort, Kreis			Enttagung sorgenfrei, Vorkennliste Nr.:
Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr			Geburtsort
Todeszeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
		<input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung	
<b>Achtung! Jetzt den nichtvertraulichen Teil abtrennen!</b>			
<b>2 Identifikation</b>	<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	Nach Angaben von Angehörigen/ Dritten <input type="checkbox"/> Nicht möglich <input type="checkbox"/>
<b>3 Ort und Zeitpunkt des Todes</b>	<input type="checkbox"/> Todesort	Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses, Heim oder zu Hause), PLZ, Ort, Kreis	
	<input type="checkbox"/> Auffindungsort (falls nicht Todesort)	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Kreis	
	Todeszeitpunkt	Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit	Stunden   Minuten
	Falls Todeszeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden Zeitpunkt der Leichenauffindung	Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit	Stunden   Minuten
<b>4 Warnhinweise</b>	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z. B. meldepflichtige Erkrankungen gem. §§ 6 und 7 IfSG)	<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Vergiftung gem. § 16e ChemG)
<b>5 Todesart</b>	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht-natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Interruptio)
<b>Hinweis:</b> Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod, ist die Todesursache nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, hat die/der die Leichenschau durchführende Ärztin/Arzt unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.			
<b>6 Zusatzangaben bei Totgeborenen</b> (Totgeborene oder in der Geburt verstorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g)	<input type="checkbox"/> Als tote Leibesfrucht geboren	<input type="checkbox"/> in der Geburt verstorben	Gewicht der Leibesfrucht:         g
<b>Ärztliche Bescheinigung</b>	<b>Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen.</b>		Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
	Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau		

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

(Vordruck Totenschein)

(02260)

Deutscher Gemeindeverlag  
W. Korfhammer GmbH  
Telefon: (01 80) 5 10 60 01 - E-Mail: korbham@tuh-hannover.de

12515011150

Totenschein - vertraulicher Teil -		Blatt 1: Gesundheitsamt		Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen. <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>1 Personalangaben</b>		<b>Nur in Druckschrift ausfüllen</b>			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt			
Straße, Hausnummer					
PLZ, Wohnort, Kreis					
Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr					
Geburtsort		Standesamt			
Todeszeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit		Sterbefall beurkundet, Sterbeprot.-Nr.			
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Eintagung vorgemerkt, Vorkennliste Nr.			
Todes- bzw. Auffindungsort <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> sonstige (wo)		<input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung			
<b>2 Zuletzt behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt</b>		Name und Telefonnummer der behandelnden Ärztin/Des behandelnden Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
<b>3 Sichere Zeichen des Todes</b>		<input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind <input type="checkbox"/> Hirntod Reanimationsbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>4 Todesursache / Klinischer Befund</b>		Bitte nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesereignisses, wie z. B. Atemlähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte.		Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod (von - bis)	
a) unmittelbare Todesursache		I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		ICD-Code	
b) als Folge von		Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle			
c) als Folge von (Grundleiden)		II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang stehen			
Sektion erforderlich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>5 Todesart</b>		<input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht-natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Interruptio) Hinweis: Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod, ist die Todesursache nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, hat die/die/r die Leichenschau durchführende Ärztin/Arzt unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.			
<b>6 Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleitkrankheiten</b>					
<b>7 Warnhinweise</b>		<input type="checkbox"/> Herzschriftmacher <input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z. B. meldepflichtige Erkrankungen gem. §§ 6 und 7 IfSG) <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Vergiftung gem. § 16e ChemG)			
<b>8 Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei nicht-natürlichem Tod</b>		Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang) Z. B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen Bei Vergiftung Angabe des Mittels ICD-Code			
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)		Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/>		Arbeits- u. Dienstanfall (o. Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- und Spielunfall (nicht im Haus o. Schule) <input type="checkbox"/>	
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Mehringeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge bei Geburt <input type="text"/> cm <input type="text"/> g	
Wo geboren (Klinik, Hausentbindung)					
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche <input type="text"/>		Lebensdauer in vollendeten Stunden <input type="text"/> -ten Monat <input type="text"/>	
Bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> -ten Monat <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt	
		Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>Ärztliche Bescheinigung</b>		Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen.		Unterschrift und Stempel der Ärztin/Des Arztes	
		Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau			

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

(Vordruck Totenschein)

(12/04)

Deutscher Gesundheitskongress  
W. Korfhauser GmbH

120519/11189  
Telefon: (01 80) 5 10 66 01 - E-Mail: korbhauser@korfhauser.de

Totenschein – vertraulicher Teil –		Blatt 2: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik		Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen. <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>1 Personalangaben</b>				<b>Nur in Druckschrift ausfüllen</b>	
[Redacted]				Standesamt	
				Sterbefall beurkundet, Sterbetruch-Nr.	
Straße, Hausnummer				Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis				[ ] Feuerbestattung [ ] Erdbestattung	
Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr		Geburtsort		Geschlecht [ ] männlich [ ] weiblich	
Todeszeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit			
[Redacted]					
[Redacted]					
[Redacted]					
<b>4 Todesursache / Klinischer Befund</b>		Bitte nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesereignisses, wie z. B. Atemlähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte.		Zeitraum zwischen Beginn der Krankheit und Tod (von - bis)	
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		a) unmittelbare Todesursache		ICD-Code	
Vorangegangene Ursachen:		b) als Folge von			
Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle		c) als Folge von (Grundleiden)			
II. Andere wesentliche Krankheiten:					
Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang stehen					
Sektion erforderlich?		[ ] ja [ ] nein			
<b>5 Todesart</b>		[ ] natürlicher Tod [ ] nicht-natürlicher Tod [ ] nicht aufgeklärt [ ] Sonstiges (z. B. Interruptio)		Hinweis: Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod, ist die Todesursache nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, hat die/der die Leichenschau durchführende Ärztin/Arzt unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.	
<b>6 Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleitkrankheiten</b>		[ ] Herzschriftmacher [ ] Infektionsgefahr (z. B. meldepflichtige Erkrankungen gem. §§ 6 und 7 IfSG) [ ] Sonstiges (z. B. Vergiftung gem. § 16e ChemG)			
<b>7 Warnhinweise</b>					
<b>8 Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei nicht-natürlichem Tod</b>		Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		ICD-Code	
Z. B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen					
Bei Vergiftung Angabe des Mittels					
Unfallkategorie (bitte nur Unterguppe ankreuzen)		[ ] Schulunfall (ohne Wegeunfall) [ ] häuslicher Unfall [ ] Arbeits- u. Dienstunfall (o. Wegeunfall) [ ] Sport- und Spielunfall (nicht im Haus o. Schule)		[ ] Verkehrsunfall [ ] Sonstiger Unfall, unbekannt	
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Mehrlingsgeburt [ ] ja [ ] nein		Länge bei Geburt [ ] cm [ ] g	
Wo geboren (Klinik, Hausentbindung)		Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind [ ] Frühgeburt in der [ ] Schwangerschaftswoche [ ] Lebensdauer in vollendeten Stunden [ ] Stunden [ ] -ten Monat [ ] unbekannt			
Bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor? [ ] ja, im [ ] nein [ ] unbekannt			
		Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort? [ ] ja [ ] nein [ ] unbekannt			
<b>9 Ärztliche Bescheinigung</b>		Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen.		Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes	
		Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau			

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

(Vordruck Totenschein)

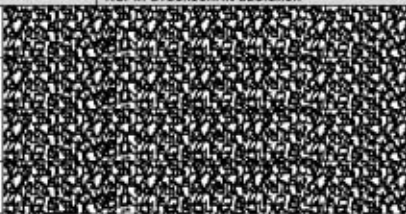
(12066)

Deutscher Gesundheitsring W. A. Hofmann GmbH

120519071159

Telefax: (01 60) 5 10 66 01 - E-Mail: kontakt@guhs-hannover.de



<b>Totenschein – vertraulicher Teil –</b>		Blatt 3: verbleibt bei der Leiche		Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen. <input checked="checked" type="checkbox"/>	
<b>1 Personalangaben</b>		Nur in Druckschrift ausfüllen			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname					
Straße, Hausnummer					
PLZ, Wohnort, Kreis					
Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr		Geburtsort			
Todeszeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Tag   Monat   Jahr	Uhrzeit	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Todes- bzw. Auffindungsort		sonstige (wo)			
Zuletzt behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt		Name und Telefonnummer der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
<b>3 Sichere Zeichen des Todes</b>		<input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind <input type="checkbox"/> Hirntod			
		Reanimationsbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>4 Todesursache / Klinischer Befund</b>		Bitte nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesertrittes, wie z. B. Atemlähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte.		Zeitraum zwischen Beginn der Krankheit und Tod (von - bis)	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		a) unmittelbare Todesursache			
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle		b) als Folge von			
II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang stehen		c) als Folge von (Grundleiden)			
Sektion erforderlich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>5 Todesart</b>		<input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht-natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Interruptio)			
		<b>Hinweis:</b> Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod, ist die Todesursache nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, hat die/der die Leichenschau durchführende Ärztin/Arzt unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.			
<b>6 Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleitkrankheiten</b>					
<b>7 Warnhinweise</b>		<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z. B. meldepflichtige Erkrankungen gem. §§ 6 und 7 IfSG) <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Vergiftung gem. § 16e ChemG)			
<b>8 Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei nicht-natürlichem Tod</b>		Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über das Hergang)			
Z. B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen				ICD-Code	
Bei Vergiftung Angabe des Mittels					
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)		Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall		Arbeits- u. Dienstanfall (o. Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- und Spielunfall (nicht im Haus o. Schule)	
Bei <b>Kindern</b> unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge bei Geburt <input type="text"/> cm	Geburtsgewicht <input type="text"/> g
Wo geboren (Klinik, Hausentbindung) Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche <input type="text"/>		Lebensdauer in vollendeten Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> -ten Monat <input type="text"/>	
Bei <b>Frauen</b>		Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> -ten Monat		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	
		Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>Ärztliche Bescheinigung</b>		Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen.		Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes	
		Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau			

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

(Verdruck Totenschein)

(02039)

Deutscher Gesundheitsrat  
W. Kohlhammer GmbH

12051001100

Telefon: (01 80) 5 10 86 01 - E-Mail: korrfeiw@kohlhammer.de

<b>Totenschein – vertraulicher Teil –</b>		Blatt 4: Arztdoppel		Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen. <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>1 Personalangaben</b>		Nur in Druckschrift ausfüllen			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname					
Straße, Hausnummer					
PLZ, Wohnort, Kreis					
Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr					
Geburtsort		Todeszeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Todes- bzw. Auffindungsort <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> sonstige (wo)		Name und Telefonnummer der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
<b>2 Zuletzt behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt</b>					
<b>3 Sichere Zeichen des Todes</b>		<input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind <input type="checkbox"/> Hirntod Reanimationsbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>4 Todesursache / Klinischer Befund</b>		Bitte nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesereignisses, wie z. B. Atemlähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte.		Zeitsdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod (von - bis)	
a) unmittelbare Todesursache				ICD-Code	
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit					
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) in letzter Stelle		b) als Folge von			
II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang stehen		c) als Folge von (Grundleiden)			
Sektion erforderlich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>5 Todesart</b>		<input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht-natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Interruptio) Hinweis: Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod, ist die Todesursache nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, hat die/der die Leichenschau durchführende Ärztin/Arzt unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.			
<b>6 Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleitkrankheiten</b>					
<b>7 Warnhinweise</b>		<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z. B. meldepflichtige Erkrankungen gem. §§ 6 und 7 IfSG) <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Vergiftung gem. § 16e ChemG)			
<b>8 Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei nicht-natürlichem Tod</b>					
Z. B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen		Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		ICD-Code	
		Bei Vergiftung Angabe des Mittels			
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)		<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Arbeits- u. Dienstunfall (o. Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- und Spielunfall (nicht im Haus o. Schule)		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall, unbekannt	
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Länge bei Geburt   cm   Geburtsgewicht   g	
Wo geboren (Klinik, Hausentbindung)		Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollendeten Stunden	
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der		Stunden   Minuten   Sekunden   unbekannt	
Bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> nein		unbekannt	
		Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		unbekannt	
<b>Ärztliche Bescheinigung</b>		Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen.		Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes	
		Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau			

Nachdruck, Nachnahme, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

Deutscher Gemeindefriedhof W. Kufhäuser GmbH

032060

Telefon: 01 80 5 10 86 81 - E-Mail: tombaw@ochhammer.de

12015011109

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

12515011202 Deutscher Gemeindeverlag (02036) W. Kollhammer GmbH Twicken (01 80) 5 10 66 01 - E-Mail: korr@wg@komm.kennwer.de

## Vorläufige Bescheinigung über die Feststellung des Todes

Blatt 1:  
Für die Leichenschau

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen.

Nur in Druckschrift ausfüllen

Die unterzeichnende Ärztin/der unterzeichnende Arzt ist verpflichtet, die weiteren Maßnahmen zur Erstellung des Totenscheines zu veranlassen.

<b>1 Personalangaben</b>	Name, ggf. Geburtsname, Vorname	
	Straße, Hausnummer	
	PLZ, Wohnort, Kreis	
	Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr	Geburtsort Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>2 Identifikation</b>	<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten <input type="checkbox"/> Nicht möglich
<b>3 Sichere Zeichen des Todes</b>	<input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind <input type="checkbox"/> Hirntod	Reanimationsbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>4 Ort und Zeitpunkt des Todes</b>	<input type="checkbox"/> Todesort	Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses, Heim oder 21 Haus), PLZ, Ort, Kreis
	<input type="checkbox"/> Auffindungsort (falls nicht Todesort)	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Kreis
	Todeszeitpunkt	Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit   Stunden   Minuten
	Falls Todeszeitpunkt unbekannt bzw. bei aufgefundener Leichenauffindung Zeitpunkt der Leichenauffindung	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit   Stunden   Minuten
<b>5 Hinweis</b>	Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod, ist die Todesursache nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekannteren Toten, hat die/der die Leichenschau durchführende Ärztin/Arzt unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.	
	Anamnestisch bzw. klinisch erhobene Befunde und durchgeführte Maßnahmen:	
	Name der Ärztin/des Arztes (in Druckschrift), Telefon	Dienststelle, Notarzeichen
	Ort, Datum	Unterschrift

<b>Vorläufige Bescheinigung über die Feststellung des Todes</b>	Blatt 2: Für die Ärztin/den Arzt	Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen. <input checked="" type="checkbox"/> X
<b>Nur in Druckschrift ausfüllen</b>		

Die unterzeichnende Ärztin/der unterzeichnende Arzt ist verpflichtet, die weiteren Maßnahmen zur Erstellung des Totenscheines zu veranlassen.

<b>1</b>	<b>Personalangaben</b>	Name, ggf. Geburtsname, Vorname
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort, Kreis		
Geburtsdatum: Tag   Monat   Jahr   Geburtsort		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		

<b>2</b>	<b>Identifikation</b>	<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> Nicht möglich
----------	-----------------------	---	---	---	--

<b>3</b>	<b>Sichere Zeichen des Todes</b>	<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	<input type="checkbox"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

<b>4</b>	<b>Ort und Zeitpunkt des Todes</b>	<input type="checkbox"/> Todesort	Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses, Heim oder gar Haus), PLZ, Ort, Kreis
<input type="checkbox"/> Auffindungsort (falls nicht Todesort)		Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Kreis	
Todeszeitpunkt		Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit	Stunden   Minuten
<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen		<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten	
Falls Todeszeitpunkt unbekannt bzw. ist aufgefunden Zeitpunkt der Leichenauffindung		Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit	Stunden   Minuten

<b>5</b>	<b>Hinweis</b>	Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod, ist die Todesursache nicht aufgeklärt oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, hat die/der die Leichenschau durchführende Ärztin/Arzt unverzüglich die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.
----------	----------------	--

Anamnese bzw. klinisch erhobene Befunde und durchgeführte Maßnahmen:

Name der Ärztin/des Arztes (in Druckschrift), Telefon	Dienststelle, Notarztswagen
---	-----------------------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Maschdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten

12515/011302 Deutscher Gemeindeverlag (02383) W. Kolhammer GmbH Telefon: (01 80) 5 10 66 91 - E-Mail: korrfoed@kolhammer.de

<b>Sektionsschein</b>		Blatt 1: Gesundheitsamt	Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>1</b>	<b>Personalangaben</b>		<b>Nur in Druckschrift ausfüllen</b>
	Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Standesamt
	Straße, Hausnummer		Sterbetafel beurkundet, Sterbetafel-Nr.:
	PLZ, Wohnort, Kreis		Eintragung sorgemerkt, Vorkennlinie Nr.:
	Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr		Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt
Geburtsort			
Todeszeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Einverständniserklärung zur Sektion liegt vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>2</b>	<b>Todesursache / Sektionsbefund</b>		<b>ICD-Code</b>
	Bitte nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesertrittes, wie z. B. Atemlähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursachte.		
	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		a) unmittelbare Todesursache
	Vorangegangene Ursachen:		b) als Folge von
	Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle		c) als Folge von (Grundleiden)
II. Andere wesentliche Krankheiten:			
Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden im Zusammenhang stehen			
<b>3</b>	<b>Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleitkrankheiten</b>		
Ort, Datum der Sektion		Stempel der mit der Sektion beauftragten Einrichtung, Unterschrift der Ärztin/des Arztes	

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

12515011302    Deutscher Garmischtag    (02036)    W. Köhlerhammer GmbH    Telefon: (01 60) 5 10 66 81 - E-Mail: koehfaw@guh-brandenw.de

MUSTER

Sektionsschein		Blatt 2: Für die mit der Sektion beauftragte Einrichtung	Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>1 Personalangaben</b>		<b>Nur in Druckschrift ausfüllen</b>	
Name, ggf. Geburtsname, Vorname		<b>Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt</b>	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.
Geburtsdatum Tag    Monat    Jahr		Geburtsort	
Todeszeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Tag    Monat    Jahr    Uhrzeit	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Einverständniserklärung zur Sektion liegt vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>2 Todesursache / Sektionsbefund</b>		Bitte nur eine Todesursache pro Feld. Hierunter fällt nicht die Art des Todesertrittes, wie z. B. Atemlähmung, Herzversagen, Kreislaufversagen, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den <b>Tod verursachte</b> .	
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		a) unmittelbare Todesursache	ICD-Code
Vorangegangene Ursachen: Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) in letzter Stelle		b) als Folge von	
II. Andere wesentliche Krankheiten: Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundleiden in Zusammenhang stehen		c) als Folge von (Grundleiden)	
<b>3 Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleitkrankheiten</b>		MUSTER	
Ort, Datum der Sektion		Stempel der mit der Sektion beauftragten Einrichtung, Unterschrift der Ärztin/des Arztes	

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten

**Sechste Verordnung zur Änderung der  
Gerichtszuständigkeits-Verordnung**

Vom 30. Januar 2003

Auf Grund des § 38 Abs. 2 Satz 1 des Sortenschutzgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Dezember 1997 (BGBl. I S. 3164) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über die Übertragung der Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach dem Sortenschutzgesetz vom 12. Juli 2001 (GVBl. II S. 290) verordnet die Ministerin der Justiz und für Europaangelegenheiten:

Artikel 1

Die Gerichtszuständigkeits-Verordnung vom 3. November 1993 (GVBl. II S. 689), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 18. Dezember 2001 (GVBl. I S. 254), wird wie folgt geändert:

Nach § 3a wird folgender § 3b eingefügt:

„§ 3b

**Zuständigkeitskonzentration in  
Sortenschutzstreitsachen**

Das Landgericht Cottbus ist in Sortenschutzstreitsachen im Sinne des § 38 Abs. 1 des Sortenschutzgesetzes für alle Gerichtsbezirke des Landes Brandenburg zuständig.“

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. März 2003 in Kraft.

Potsdam, den 30. Januar 2003

Die Ministerin der Justiz  
und für Europaangelegenheiten

Barbara Richstein

## Gesetz- und Verordnungsblatt

für das Land Brandenburg

---

---

Herausgeber: Minister der Justiz und für Europaangelegenheiten des Landes Brandenburg.

Der Bezugspreis beträgt jährlich 46,02 EUR (zzgl. Versandkosten + Portokosten). Die Einzelpreise enthalten keine Mehrwertsteuer. Die Einweisung kann jederzeit erfolgen.

Die Berechnung erfolgt im Namen und für Rechnung des Ministeriums der Justiz und für Europaangelegenheiten des Landes Brandenburg.

Die Kündigung ist nur zum Ende eines Bezugsjahres zulässig; sie muß bis spätestens 3 Monate vor Ablauf des Bezugsjahres dem Verlag zugegangen sein.

Die Lieferung dieses Blattes erfolgt durch die Post. Reklamationen bei Nichtzustellung, Neu- bzw. Abbestellungen, Änderungswünsche und sonstige Anforderungen sind an die Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH zu richten.

Herstellung, Verlag und Vertrieb: Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH, Karl-Liebknecht-Straße 24–25, Haus 2, 14476 Golm (bei Potsdam), Telefon Potsdam (03 31) 56 89 - 0