



Abrechnungsformular Leichenschau (ab 1.1.2015)

v3

Praxisstempel:	Datum:
	Unterschrift Ärztin/Arzt:

Daten der verstorbenen Person

Name/Vorname:		Geburtsdatum:		
Wohnadresse:		Wohnadresse ist identisch mit Sterbeort	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sterbeort (sofern von Wohnadresse abweichend):		Information der Wohngemeinde erfolgt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Todesdatum:		Aussergewöhnlicher Todesfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Todeszeit:		Polizei/Staatsanwaltschaft anwesend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bankverbindung für die Überweisung der Pauschale von Fr. 50.–:

Bitte folgende Angaben ausfüllen, wenn kein Einzahlungsschein beigelegt ist:

Bank _____

IBAN-Nr. _____

Kontoinhaber _____

Adresse _____

Formular an folgende Adresse weiterleiten:

➔ Departement Gesundheit und Soziales, Kasernenstrasse 17, 9102 Herisau

Kontierungsstempel (Verwaltungsintern)

--