

1. Personalangaben

1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)
 2 Straße **Mustermann, Mustafa** 3 Hausnummer **1**
Musterstraße
 4 PLZ, Wohnort, Kreis **3333 Musterhausen**
 5 Geburtsdatum **01.01.19** 6 Geburtsort, Kreis **Musterhausen**

7 Geschlecht männlich weiblich
 8 Identifikation nach eigener Kenntnis Personalausweis/Reisepass Angaben Angehöriger/Dritter
 nicht möglich (kein Eintrag unter 1 - 6)

Standesamt
 Wird vom Standesamt ausgefüllt
 Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.
 Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.
 Erdbestattung Feuerbestattung

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

9 Nach eigenen Feststellungen Nach Angaben Angehöriger/Dritter am **01.01.2014** um **09:10**
 10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am

Ende des Durchschreibeverfahrens! Bitte die Blätter 2 ff. wegklappen und gesondert ausfüllen!

Nicht im Durchschreibeverfahren!

Zusatzangabe für totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g (als Sterbezeitpunkt gilt der Geburtszeitpunkt):

11 Sterbeort 12 Auffindeort, falls nicht Sterbeort 13 als tote Leibesfrucht geboren in der Geburt gestorben

Name der Einrichtung (des Krankenhauses/Heimes o.ä.)
 Straße, Hausnummer
 PLZ, Ort

STEMPEL

oder Stempel der Einrichtung (falls vorhanden)

14 3. Todesart

Gibt es Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten? (z. B. Selbsttötung, Unfall, Tötungsdelikt, auch durch äußere Einwirkungen evtl. mitverursachte Todesfälle, Spätodesfälle nach Verletzung)

nein wenn nein, Todesart natürlich oder ungeklärt, ob natürlich/nichtnatürlicher Tod

ja (Wenn ja oder ungeklärt, im Vertraulichen Teil, Blätter 2 ff. Ziff. 20 [Epikrise] nähere Hinweise [falls möglich])

15 4. Warnhinweise

Liegen Hinweise dafür vor, dass die/der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit nach § 6 oder § 7 Infektionsschutzgesetz (einschließlich HIV) erkrankt war? ja nein

16 Sind besondere Verhaltensmaßnahmen bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten?

nein ja, welche?

17 Sonstiges (z. B. Gefährdung durch Giftstoffe/Chemikalien):

Fortsetzung des Durchschreibeverfahrens!

18 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am **01.01.2014** um **12:10** Uhr.
 Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einbezogen: ja nein
 Ort, Datum **Beispielstadt, 01/01/14** Unterschrift **Martina Beispiel**

Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

STEMPEL

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

(Vordruck Todesbescheinigung)

(03080)

W. Kohlhammer Deutscher Gemeindeverlag GmbH
 Telefon: (01 80) 5 10 66 01 - E-Mail: kohlflow@kohlhammer.de

0515/0111/50

1. Personalangaben

1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)
Mustermann, Mustafa

2 Straße
Musterstraße 3 | Hausnummer **1**

4 PLZ, Wohnort, Kreis
3333 Musterhausen

5 Geburtsdatum **01.01.19** 6 | Geburtsort, Kreis
Musterhausen

7 Geschlecht männlich weiblich

8 Identifikation nach eigener Kenntnis Personalausweis/Reisepass Angaben Angehöriger/Dritter
 nicht möglich (kein Eintrag unter 1 - 6)

Ausfüllung:
Standesamt, hilfsweise
Untere Gesundheitsbehörde

Standesamt

Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.

Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.

Erdbestattung Feuerbestattung

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

9 Nach eigenen Feststellungen Nach Angaben Angehöriger/Dritter am

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am

Tag	Monat	Jahr	um	Stunden	Minuten
01	01	2014	um	09	10
Tag	Monat	Jahr	um	Stunden	Minuten

Sichere Zeichen des Todes

11 Totenflecke Totenstarre Fäulnis Hirntod

Nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen

12 Reanimationsbehandlung durchgeführt ja nein

14. Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)

Name des Krankenhauses/Arztes o. ä.

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

oder Stempel (falls vorhanden)

STEMPEL

Wer hat die Todesursache festgestellt?

13 Behandelnder Arzt Nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes Nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes

Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)

ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod *)

15 a) Unmittelbare Todesursache: **Hirnblutung** Minuten

16 b) Dies ist eine Folge von b1*) **Hirnmastasen** Monate

17 b2*)

18 c) Hierfür ursächliche Grunderkrankungen: *) **Mammakarzinom** Jahre

19 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grunderkrankungen: *) **Hypertonie, Diabetes mellitus**

*) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich

20 **Epikrise**
Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich
(z. B. Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung):
Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang); bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels

21 Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)

Schulunfall (ohne Wegeunfall) Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)

Wegeunfall Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)

häuslicher Unfall sonstiger Unfall Verkehrsunfall unbekannt

24 Diagnose durch Obduktion gesichert?

nein ja

25 Liegt der Obduktionsbefund bei?

nein ja

Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt

22 Liegt eine Schwangerschaft vor? nein ja unbekannt
Monat

23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? ja nein

26 Bei ungeklärter Identität der Leiche: Bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet?

ja nein

Bei Kindern unter 1 Jahr und Totgeborenen

27 Wo wurde das Kind geboren? im Krankenhaus zu Hause sonstiger Ort
Geburtsgröße cm Geburtsgewicht g

28 Mehrlingsgeburt? nein ja

29 Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen:

Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche

Lebensdauer: volle Stunden unbekannt

30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am **01.01.2014** um **12.10** Uhr.

Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einbezogen: ja nein

Ort, Datum **Beispielstadt, 01.01.14** Unterschrift **Martina Beispiel**

Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

STEMPEL

Blätter 2 - 5 im Durchschreibeverfahren!

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

(Vordruck Todesbescheinigung)

(03080)

W. Kohlhammer
Deutscher Gemeindeverlag GmbH
Telefon: (01 80) 5 10 66 01 - E-Mail: kohlflow@kohlhammer.de

Todesbescheinigung NRW
- Vertraulicher Teil -

Blatt 3

Untere Gesundheitsbehörde zur Einsichtgewährung an Krebsregister und zur Weiterleitung an Untere Gesundheitsbehörde der Wohnsitzgemeinde

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

1. Personalangaben

1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)
Mustermann, Mustafa

2 Straße *Musterstraße* | 3 | Hausnummer *1*

4 PLZ, Wohnort, Kreis
3333 Musterhausen

5 Geburtsdatum *01.01.19* | 6 | Geburtsort, Kreis *Musterhausen*

7 Geschlecht männlich weiblich

8 Identifikation nach eigener Kenntnis Personalausweis/ Reisepass Angaben Angehöriger/Dritter
 nicht möglich (kein Eintrag unter 1 - 6)

Ausfüllung: Standesamt, hirtswise Untere Gesundheitsbehörde

Standesamt

Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.

Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.

Erdbestattung Feuerbestattung

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

9 Nach eigenen Feststellungen Nach Angaben Angehöriger/Dritter am

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am

Tag	Monat	Jahr	um	Stunden	Minuten
<i>01</i>	<i>01</i>	<i>2014</i>		<i>09</i>	<i>10</i>
Tag	Monat	Jahr	um	Stunden	Minuten

Sichere Zeichen des Todes

11 Totenflecke Totenstarre Fäulnis Hirntod
 Nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen

12 Reanimationsbehandlung durchgeführt ja nein

14 Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)

Name des Krankenhauses/Arztes o. ä.

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

oder Stempel (falls vorhanden)

Wer hat die Todesursache festgestellt?

13 Behandelnder Arzt Nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes Nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes

Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)

15 a) Unmittelbare Todesursache:	<i>Hirnblutung</i>	ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod *)
16 b) Dies ist eine Folge von b1*)	<i>Hirnmastasen</i>	<i>Monate</i>
17 b2*)		
18 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: *)	<i>Mammacarcinom</i>	<i>Jahre</i>
19 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: *)	<i>Hypertonie, Diabetes mellitus</i>	

*) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich

20 Epikrise
Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich
(z. B. Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung):
Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang); bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels

21 Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)

Schulunfall (ohne Wegeunfall) Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)
 Wegeunfall Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)
 häuslicher Unfall sonstiger Unfall Verkehrs-unfall unbekannt

24 Diagnose durch Obduktion gesichert? nein ja

25 Liegt der Obduktionsbefund bei? nein ja

Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt

22 Liegt eine Schwangerschaft vor? nein ja unbekannt
Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? ja nein

26 Bei ungeklärter Identität der Leiche: Bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet? ja nein

Bei Kindern unter 1 Jahr und Totgeborenen

27 Wo wurde das Kind geboren? im Krankenhaus zu Hause sonstiger Ort
Geburtsgröße cm g

28 Mehrlingsgeburt? nein ja

29 Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen:
 Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche
Lebensdauer: volle Stunden unbekannt

30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am *01.01.2014* um *11:10* Uhr.
Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einbezogen: ja nein

Ort, Datum *Beispielstadt, 01.01.14* Unterschrift *Martina Beispiel*

Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

STEMPEL

Blätter 2 - 5 im Durchschreibeverfahren!

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

(Vordruck Todesbescheinigung) (03080)

W. Kohlhammer, Deutscher Gemeindeverlag GmbH, Telefon: (01 80) 5 10 66 01 - E-Mail: kohlhammer@kohlhammer.de

0551510011150

1. Personalangaben

1

2 Straße Müllerstraße 3

4 PLZ, Wohnort, Kreis 3333 Müllershausen

5 Geburtsdatum 21.01.19 6

Ausfüllung:
Standesamt, hilfsweise
Untere Gesundheitsbehörde

Standesamt

Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.

Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.

7 Geschlecht männlich weiblich

8 Identifikation nach eigener Kenntnis Personalausweis/Reisepass Angaben Angehöriger/Dritter

nicht möglich (kein Eintrag unter 1 - 6)

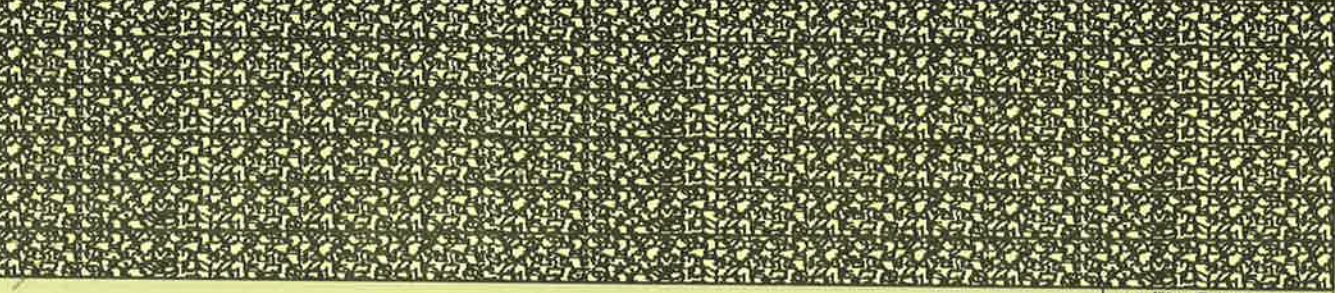
2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

9 Nach eigenen Feststellungen Nach Angaben Angehöriger/Dritter am

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am

Tag	Monat	Jahr	um	Stunden	Minuten
21	01	2014	um	08	10
Tag	Monat	Jahr	um	Stunden	Minuten
			um		

Blätter 2 - 5 im Durchschreibeverfahren!



Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)

15 a) Unmittelbare Todesursache: Hirnblutung ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod *) Minuten

16 b) Dies ist eine Folge von b1*) Hirnmastasen Monate

17 b2*)

18 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: *) Mammakarzinom Jahre

19 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: *) Hypertonie Diabetes mellitus

*) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich

20 Epikrise
Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich
(z. B. Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung):
Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang); bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels

21 Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)

Schulunfall (ohne Wegeunfall) Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)

Wegeunfall Arbeits- oder Dienstupfall (ohne Wegeunfall)

häuslicher Unfall sonstiger Unfall Verkehrsunfall unbekannt

Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt

22 Liegt eine Schwangerschaft vor? nein ja unbekannt

23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? ja nein

Bei Kindern unter 1 Jahr und Totgeborenen

27 Wo wurde das Kind geboren? im Krankenhaus zu Hause sonstiger Ort

28 Mehrlingsgeburt? nein ja cm g

24 Diagnose durch Obduktion gesichert? nein ja

25 Liegt der Obduktionsbefund bei? nein ja

26 Bei ungeklärter Identität der Leiche: Bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet? ja nein

29 Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen:

Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche Lebensdauer: volle Stunden unbekannt

30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am 21.01.2014 um 12:10 Uhr

Ort, Datum Beispielstadt, 01.01

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

W. Kohlhammer
Deutscher Gemeindeverlag GmbH
(Vordruck Todesbescheinigung)

(03080)

W. Kohlhammer
Deutscher Gemeindeverlag GmbH
Telefon: (01 80) 5 10 66 01 - E-Mail: kornflow@kohlhammer.de

05/5151011/50

1. Personalangaben

1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)
Mustafa Mustafa

2 Straße
MUSICSTRASSE

3 Hausnummer
1

4 PLZ, Wohnort, Kreis
333 MUSTAFAHUSEN

5 Geburtsdatum
01.01.19

6 Geburtsort, Kreis
Musterhausen

7 Geschlecht männlich weiblich

8 Identifikation nach eigener Kenntnis Personalausweis/Reisepass Angaben Angehöriger/Dritter

nicht möglich (kein Eintrag unter 1 - 6)

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

9 Nach eigenen Feststellungen Nach Angaben Angehöriger/Dritter am

Tag	Monat	Jahr	um	Stunden	Minuten
14	01	2019	12	15	00
Tag	Monat	Jahr	um	Stunden	Minuten

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am

Sichere Zeichen des Todes

11 Totenflecke Totenstarre Fäulnis Hirntod

Nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen

12 Reanimationsbehandlung durchgeführt ja nein

Wer hat die Todesursache festgestellt?

13 Behandelnder Arzt Nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes Nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes

14. Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)

Name des Krankenhauses/Arztes o. ä.
STAMPEL

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

oder Stempel (falls vorhanden)

Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)

15 a) Unmittelbare Todesursache:	Hirnbrutungsblutung	ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod *)	Minuten
16 b) Dies ist eine Folge von b1*)	Hirndruckanstieg		Minuten
17 b2*)			
18 c) Hierfür ursächliche Grunderkrankung: *)	Mammakarzinom		Jahre
19 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grunderkrankung: *)	Hypertonie Diabetes mellitus		

*) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich

20 Epikrise
Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich

(z. B. Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung):
Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang); bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels

21 Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)

Schulunfall (ohne Wegeunfall) Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)

Wegeunfall Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)

häuslicher Unfall sonstiger Unfall Verkehrsunfall unbekannt

24 Diagnose durch Obduktion gesichert?

nein ja

25 Liegt der Obduktionsbefund bei?

nein ja

Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt

22 Liegt eine Schwangerschaft vor? nein ja unbekannt

23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? ja nein

26 Bei ungeklärter Identität der Leiche: Bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet?

ja nein

Bei Kindern unter 1 Jahr und Totgeborenen

27 Wo wurde das Kind geboren? im Krankenhaus zu Hause sonstiger Ort

28 Mehrlingsgeburt? nein ja cm g

29 Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen:

Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche

Lebensdauer: volle Stunden unbekannt

30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am Tag Monat Jahr um Stunden Minuten Uhr.

Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einbezogen: ja nein

Ort, Datum
Sagelstadt, 01.01.19

Unterschrift
Martina Baisad

Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

STAMPEL

Blätter 2 - 5 im Durchschreibeverfahren!

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

(Vordruck Todesbescheinigung)

(03080)

W. Kohlhämmer
Deutscher Gemeindeverlag GmbH
Telefon: (01 80) 5 10 66 01 - E-Mail: kohlham@kohlhammer.de

05/15/011/150