

1. Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname				Stempel und Unterschrift der Standesbeamtin/ des Standesbeamten			Standesamt		
Straße, Hausnummer							Sterbefall beurkundet, Sterbereg.-Nr.		
PLZ, Wohnort, Kreis							Eintragung vorgemerkt, Vorgangs-Nr.		
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort			Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		

2. Ort und Zeitpunkt des Todes

Todeszeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten					
ungefährer Todeszeitpunkt (wenn Todeszeitpunkt annähernd bestimmbar)	Tag	Monat	Jahr	ca/gegen/ zwischen Uhrzeit	Stunden	Minuten	und (ggf. Folge- tag)	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten
Todeszeitraum (falls Todeszeitpunkt unbekannt / nicht bestimmbar bzw. tot aufgefunden) -	ggf. zuletzt lebend gesehen (mit Sicherheit noch gelebt),						<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten Anmerkungen zum Todeszeitraum (wenn notwendig)					
	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten Anmerkungen zum Todeszeitraum (wenn notwendig)					

3. Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name, Telefonnummer (Praxis oder Krankenhaus), Straße, Nr., PLZ, Ort
--

4. Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Totenflecken <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind <input type="checkbox"/> Hirntod (Def. BÄK)	
Nähere Beschreibung	
Nulllinie im EKG nach einer Reanimationsdauer von	Minuten

5. Todesursache/Klinischer Befund

	Zeiddauer zw. Beginn der Krankheit und Tod	Obduktionsergebnis
Direkt zum Tode führende Krankheit (oder Zustand) <small>Hierunter fällt nicht die Art des Todeintritts wie z.B. Herz-Kreislaufversagen, Atemstillstand sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, die den Tod herbeigeführt hat.</small>	bedingt durch/Folge von	
Vorausgegangene Ursachen <small>Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle</small>	a) bedingt durch/Folge von	
	b) bedingt durch/Folge von	
	c) bedingt durch/Folge von	
	d) bedingt durch/Folge von	
Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen		

6. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache

z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)	
	Bei Vergiftung Angabe des Mittels	
Unfallkategorie <small>(bitte nur Untergruppe ankreuzen)</small>	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (oder Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule) <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall	
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge b. Geburt cm Geburtsgewicht g
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt	in der SSW Lebensdauer in vollen Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> ja in der SSW <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interruptio, ein Abort?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

7. Todesart (bitte nur eine Alternative ankreuzen und die Entscheidungsgründe kurz dokumentieren)

Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar wegen folgender Befunde oder anamnestischer Tatsachen:
Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar:
Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/>	ja

8. Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen.

Name der Ärztin/des Arztes, LANR: (bitte in Blockschrift oder Stempel)	Adresse, PLZ, Ort:
	Ort, Datum:
	Unterschrift