

### 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									
Zeitpunkt der Leichenauffindung												<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten Anmerkungen zum Todeszeitraum (wenn notwendig)			
Tag												Stunden		Minuten	

### 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 Todesertritts wie z.B. Herz-Kreislaufversagen, Atemstillstand sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, die den Tod herbeiführt 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	<b>Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)</b>	
	<b>Bei Vergiftung Angabe des Mittels</b>	
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