

**Todesbescheinigung NRW – Nichtvertraulicher Teil**

Die Todesbescheinigung ist unverzüglich auszuhändigen.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen! Blatt **1**

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                             |                     |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>1. Personalangaben</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Untere Gesundheitsbehörde über Standesamt<br>Wird vom Standesamt ausgefüllt |                     |
| 1                         | Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                             | Standesamt          |
| 2                         | Straße                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                             | 3 Hausnummer        |
| 4                         | PLZ, Wohnort, Kreis                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                             |                     |
| 5                         | Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                             | 6 Geburtsort, Kreis |
| 7 Geschlecht              | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> eigener Kenntnis <input type="checkbox"/> Personalausweis/Reisepaß <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter<br><input type="checkbox"/> nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6) |                                                                             |                     |
| 8                         | <input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung                                                                                                                                                                                                            |                                                                             |                     |

|                                                  |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt</b> |                                                                                                                                                |
| 9                                                | <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben Angehöriger/Dritter am<br>Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit |
| 10                                               | Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am<br>Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit                                                      |

Ende des Durchschreibeverfahrens! Bitte die Blätter 2ff. zur Seite klappen und gesondert ausfüllen!

|                                                                                                                                                |                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Zusatzangabe für totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g (als Sterbezeitpunkt gilt der Geburtszeitpunkt): |                                                                |
| 11 <input type="checkbox"/> Sterbeort                                                                                                          | 12 <input type="checkbox"/> Auffindeort, falls nicht Sterbeort |
| 13 <input type="checkbox"/> als tote Leibesfrucht geboren <input type="checkbox"/> In der Geburt gestorben                                     |                                                                |
| Name der Einrichtung (Krankenhauses/Heimes o.ä.)                                                                                               |                                                                |
| Straße, Hausnummer                                                                                                                             |                                                                |
| PLZ, Ort                                                                                                                                       |                                                                |
| oder Stempel der Einrichtung (falls vorhanden)                                                                                                 |                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>14 3. Todesart</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |
| Gibt es Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen, die den Tod zur Folge hatten? (z.B. Selbsttötung, Unfall, Tötungsdelikt, auch durch äußere Einwirkungen evtl. mitverursachte Todesfälle, Spättodesfälle nach Verletzung) |                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                           | wenn nein, Todesart <input type="checkbox"/> natürlich oder <input type="checkbox"/> ungeklärt, ob natürlich/nichtnatürlicher Tod |
| <input type="checkbox"/> ja (Wenn ja oder ungeklärt, im Vertraulichen Teil, Blätter 2 ff. Ziff. 20 (Epikrise) nähere Hinweise (falls möglich))                                                                          |                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>15 4. Warnhinweise</b>                                                                                                                                                                                                 |  |
| Liegen Hinweise dafür vor, daß die/der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit nach § 6 oder § 7 Infektionsschutzgesetz (einschließlich HIV) erkrankt war? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |  |
| 16 Sind besondere Verhaltensmaßnahmen bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?                                        |  |
| 17 <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Gefährdung durch Giftstoffe/Chemikalien):                                                                                                                                     |  |

Fortsetzung des Durchschreibeverfahrens!

|               |                                                                                    |                                                                                                                           |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18            | Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit | Uhr Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopftaut und allen Körperöffnungen einbezogen |
| Ort und Datum |                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                 |
| Unterschrift  |                                                                                    | Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)                                                                              |

## Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt 2

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Personalangaben</b><br>1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n) _____<br>2 Straße _____ 3 Hausnummer _____<br>4 PLZ, Wohnort, Kreis _____<br>5 Geburtsdatum _____ 6 Geburtsort, Kreis _____<br>7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br>8 Identifikation nach <input type="checkbox"/> eigener Kenntnis <input type="checkbox"/> Personalausweis/Reisepaß <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter<br><input type="checkbox"/> nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6)                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                      | <b>Untere Gesundheitsbehörde zum Verbleib</b><br>Standesamt _____<br>Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr. _____<br>Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr. _____<br><input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung |
| <b>2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt</b><br>9 <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben Angehöriger/Dritter am _____ um _____ Uhrzeit<br>Tag/Monat/Jahr<br>10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am _____ um _____ Uhrzeit<br>Tag/Monat/Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Sichere Zeichen des Todes</b><br>11 <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Hirntod<br><input type="checkbox"/> nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen<br>12 Reanimationsbehandlung durchgeführt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wer hat die Todesursache festgestellt?<br>13 <input type="checkbox"/> behandelnder Arzt <input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes                                                              | 14 Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)<br>Name des Krankenhauses/Arztes o.ä. _____<br>Straße, Hausnummer _____<br>PLZ, Ort _____ oder Stempel (falls vorhanden) _____                          |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)</b><br>15 I a) Unmittelbare Todesursache: _____<br>16 b) Dies ist eine Folge von: b1' _____<br>b2' _____<br>17 c) Hierfür ursächliche Grunderkrankungen: _____<br>18 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grunderkrankungen: _____<br>19 *) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich<br>20 Epikrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung):<br>Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang):<br>bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels |                                                                                                                                                                                                                      | ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod*<br>_____                                                                                                                                                                                        |
| <b>21 Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)</b><br><input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)<br><input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)<br><input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> unbekannt                                                                                                                                                                                                                 | <b>24 Diagnose durch Obduktion gesichert?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><b>25 Liegt der Obduktionsbefund bei?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt</b><br>22 Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Monat <input type="checkbox"/> unbekannt<br>23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>26 bei ungeklärter Identität der Leiche: bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Poltzel unterrichtet?</b><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                   |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen</b><br>27 Wo wurde das Kind geboren? <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> sonstiger Ort<br>28 Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Geburtgröße _____ cm Geburtsgewicht _____ g                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>29 Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen:</b><br><input type="checkbox"/> Frühgeburt in der _____ Schwangerschaftswoche<br>Lebensdauer: _____ volle Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt    |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am _____ um _____ Uhrzeit Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopftaut und allen Körperöffnungen einbezogen * <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Ort und Datum _____<br>Unterschrift _____ Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                    |

Blätter 2-5 im Durchsichtverföhrchen!

## Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen.

Blatt 3

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Personalangaben</b><br>1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n) _____<br>2 Straße _____ 3 Hausnummer _____<br>4 PLZ, Wohnort, Kreis _____<br>5 Geburtsdatum _____ 6 Geburtsort, Kreis _____<br>7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br>8 Identifikation nach <input type="checkbox"/> eigener Kenntnis <input type="checkbox"/> Personalausweis/Reisepaß <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter<br><input type="checkbox"/> nicht möglich (bei Eintrag unter 1-6)                                                                                                       |  | Untere Gesundheitsbehörde zur Einsichtgenehmigung an Krebsregister und zur Weiterleitung an Untere Gesundheitsbehörde der Wohnsitzgemeinde<br>_____<br>Standesamt<br>Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr. _____<br>Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr. _____<br><input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung |
| <b>2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt</b><br>9 <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben Angehöriger/Dritter am _____ Tag/Monat/Jahr um _____ Uhrzeit<br>10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am _____ Tag/Monat/Jahr um _____ Uhrzeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Sichere Zeichen des Todes</b><br>11 <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Himtod<br><input type="checkbox"/> nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen<br>12 Reanimationsbehandlung durchgeführt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wer hat die Todesursache festgestellt?<br>13 <input type="checkbox"/> behandelnder Arzt <input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes |  | <b>14 Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)</b><br>Name des Krankenhauses/Arztes o.ä. _____<br>Straße, Hausnummer _____<br>PLZ, Ort _____ oder Stempel (falls vorhanden) _____                                                                                                                                                 |
| <b>Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)</b><br>15 I a) Unmittelbare Todesursache: _____<br>16 b) Dies ist eine Folge von: b1') _____<br>17 b2') _____<br>18 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: _____<br>19 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: _____<br>*) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod') _____                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>20 Epikrise Weitere Angaben zur Todesart</b><br>(Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich<br>(z.B. Unfall, Vergiftung, Gewalttätigkeit, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung):<br>Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang):<br>bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>21 Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)</b><br><input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)<br><input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)<br><input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> unbekannt                                                                                                                                                   |  | <b>24 Diagnose durch Obduktion gesichert?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><b>25 Liegt der Obduktionsbefund bei?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                               |
| <b>Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt</b><br>22 Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Monat <input type="checkbox"/> unbekannt<br>23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>26 bei ungeklärter Identität der Leiche:</b><br>bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart:<br>Polizei unterrichtet?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                           |
| <b>Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen</b><br>27 Wo wurde das Kind geboren? <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> sonstiger Ort<br>28 Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Geburtsgröße _____ cm Geburtsgewicht _____ g                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>29 Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen:</b><br><input type="checkbox"/> Frühgeburt in der _____ Schwangerschaftswoche<br>Lebensdauer: _____ volle Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt                                                                                                                                  |
| 30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am _____ Tag/Monat/Jahr um _____ Uhrzeit Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einbezogen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Ort und Datum _____<br>Unterschrift _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Blätter 3-5 im Durchscheibeverfahren!

## Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt 4

|                           |                     |                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Personalangaben</b> |                     | Unsere Gesundheitsbehörde zur Weiterleitung an Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung<br>Standesamt, Mairie<br>Städt. Grundbesitzamt<br>Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.                                |
| 1                         | [Redacted]          |                                                                                                                                                                                                                     |
| 2                         | Straße              |                                                                                                                                                                                                                     |
| 4                         | PLZ, Wohnort, Kreis |                                                                                                                                                                                                                     |
| 5                         | Geburtsdatum        |                                                                                                                                                                                                                     |
| 7                         | Geschlecht          | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich                                                                                                                                                 |
| 8                         | Identifikation nach | <input type="checkbox"/> eigener Kenntnis <input type="checkbox"/> Personalausweis/Reisepaß <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter<br><input type="checkbox"/> nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6) |

|                                                  |                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt</b> |                                                                                                                   |
| 9                                                | <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben Angehöriger/Dritter am |
| 10                                               | Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am                                                      |
|                                                  | Tag/Monat/Jahr    um    Uhrzeit<br>Tag/Monat/Jahr    um    Uhrzeit                                                |

Blätter 2-5 im Durchsichtsfenster

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod? |
| 15                                                                                 | I a) Unmittelbare Todesursache:                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |
| 16                                                                                 | b) Dies ist eine Folge von: b1)                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |
| 17                                                                                 | b2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |
| 18                                                                                 | c) Hierfür ursächliche Grundleiden: *)                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |
| 19                                                                                 | II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: *)                                                                                                                                                                                                                             |                                                    |
| *) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |
| 20                                                                                 | <b>Epikrise</b> Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewalttätigkeit, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung):<br>Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang):<br>bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels |                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>21 Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)</b><br><input type="checkbox"/> Schulfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)<br><input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)<br><input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> unbekannt | <b>24</b> Diagnose durch Obduktion gesichert?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><b>25</b> Liegt der Obduktionsbefund bei?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt</b><br><b>22</b> Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Monat    unbekannt<br><b>23</b> Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <b>26</b> bei ungeklärter Identität der Leiche: bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen</b><br><b>27</b> Wo wurde das Kind geboren? <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> sonstiger Ort<br><b>28</b> Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Geburtsgröße    cm    Geburtsgewicht    g | <b>29</b> Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen:<br><input type="checkbox"/> Frühgeburt in der    Schwangerschaftswoche<br>Lebensdauer:    volle Stunden    unbekannt |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

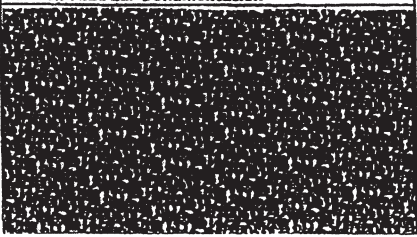
|                                                                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>30</b> Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am    Tag/Monat/Jahr    um    Uhrzeit    Uhr<br>Ort und Datum |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|



## Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt 5

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Personalangaben</b><br>1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n) _____<br>2 Straße _____ 3 Hausnummer _____<br>4 PLZ, Wohnort, Kreis _____<br>5 Geburtsdatum _____ 6 Geburtsort, Kreis _____<br>7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br>8 Identifikation nach <input type="checkbox"/> eigener Kenntnis <input type="checkbox"/> Personalausweis/Reisepaß <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter<br><input type="checkbox"/> nicht möglich (beim Eintrag unter 1-6)                                                                                                                                                              |  | <b>Für den Arzt zur Dokumentation</b><br> |
| <b>2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt</b><br>9 <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben Angehöriger/Dritter am _____ Tag/Monat/Jahr um _____ Uhrzeit<br>10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am _____ Tag/Monat/Jahr um _____ Uhrzeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                             |
| <b>Sichere Zeichen des Todes</b><br>11 <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Hirntod<br><input type="checkbox"/> nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen<br>12 Reanimationsbehandlung durchgeführt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wer hat die Todesursache festgestellt?<br>13 <input type="checkbox"/> behandelnder Arzt <input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes                                                        |  |                                                                                                                             |
| <b>14 Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)</b><br>Name des Krankenhauses/Arztes o.ä. _____<br>Straße, Hausnummer _____<br>PLZ, Ort _____ oder Stempel (falls vorhanden) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                             |
| <b>Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)</b><br>15 I a) Unmittelbare Todesursache: _____<br>16 b) Dies ist eine Folge von: b1) _____<br>17 b2) _____<br>18 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: _____<br>19 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: _____<br>*) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich<br>20 Epikrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewalttatschuld, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung):<br>Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang):<br>bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels: _____ |  |                                                                                                                             |
| <b>21 Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)</b><br><input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)<br><input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)<br><input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> unbekannt                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                             |
| <b>24 Diagnose durch Obduktion gesichert?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><b>25 Liegt der Obduktionsbefund bei?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                             |
| <b>Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt</b><br>22 Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Monat <input type="checkbox"/> unbekannt<br>23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                             |
| <b>26 bei ungeklärter Identität der Leiche: bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet?</b><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                             |
| <b>Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen</b><br>27 Wo wurde das Kind geboren? <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> sonstiger Ort<br>28 Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Geburtsgröße _____ cm Geburtsgewicht _____ g                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                             |
| <b>29 Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen:</b><br><input type="checkbox"/> Frühgeburt in der _____ Schwangerschaftswoche<br>Lebensdauer: _____ volle Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                             |
| 30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am _____ Tag/Monat/Jahr um _____ Uhrzeit Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einbezogen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Ort und Datum: _____<br>Unterschrift: _____ Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                             |

Blätter 2-5 im Durchschreibebereich!