Todesbescheinigung						Angaben des Standesamtes	
1. Familienname Geburtenname Vorname						Beurkundungsjahr □□□□	
2. Hauptwohnsitz: PLZ / Ort / Straße / Hausnummer							
3. Geburtsdatum: Tag Monat Jahr männlich weiblich □□ □□ □□□□ □ □						Gemeinde- (Schlüssel)-Nr. des Standesamtes □□□□□□□□	
4. Todeszeit und Todesort Genaue Todeszeit festgestellt oder Tag Monat Jahr Stunde Minuten 4.1 bestimmbar: □□ □□ □□□□ □□ □□							
4.2 Ungefähre Todeszeit, wenn Nr. 4.1 nicht zutrifft: zwischen Tag Monat Jahr Stunde Minuten und □□ □□ □□□□ □□ □□ □□ □□ □□□□ □□ □□						Sterbepbuch-Nr. □□□□□□□□	
4.3 im Krankenhaus zu Hause im Heim beim Transport Todesort: □ □ □ □ sonstiger Ort □ -----							
4.4 Wenn Nrn. 4.1-4.3 nicht zutreffen: tot aufgefunden Tag Monat Jahr Stunde Minuten Auffindeort ----- □□ □□ □□□□ □□ □□							
5. Todesart: natürlich nichtnatürlich (einschl. Verdacht) nicht aufgeklärt □ □ □ (Bitte zusätzliche Angaben bei Nr. 11)							
6. Zuletzt behandelt durch Arzt/Ärztin: Tel. Anschrift							
7. Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g Als tote Leibesfrucht □ In der Geburt verstorben □ Gewicht in g □□□□							
8. Anhaltspunkte für eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz ja □ nein □							
9. Todesursache, Leichenschau a) _____						ICD 10	
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit b) _____							
Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden) c) _____							
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen) _____							
10. Todesursache, Autopsie a) _____						ICD 10	
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit b) _____							
Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden) c) _____							
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen) _____							
11. Bei nichtnatürlichem Tod (Nr. 5): ICD 10							
Äußere Ursache (von Verletzungen und Vergiftungen)							
Nur bei Unfällen: Arbeitsunfall □ Schulunfall □ Verkehrsunfall □ Hauslicher Unfall □ Sport- oder Spielunfall □ sonstiger Unfall □							
12. Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen: Mehrlingsgeburt: ja □ nein □ Wo geboren: Länge: (cm) □□ Geburtsgewicht: (g) □□□□							
13. Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 h verstorben sind: Lebensdauer in vollen Stunden □□ unbekannt □ Frühgeburt in der □□ Schwangerschaftswoche							
14. Warnhinweise: Radionuklide □ Sonstiges: _____							
Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für die Leichenschau (Nr. 9)				Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für das Obduktionsergebnis (Nr. 10)			

Todesbescheinigung						Angaben des Standesamtes			
1. Familienname		Geburtsname		Vorname		Beurkundungsjahr □□□□			
2. Hauptwohnsitz: PLZ / Ort / Straße / Hausnummer									
3. Geburtsdatum:		Tag	Monat	Jahr	männlich	weiblich	Gemeinde- (Schlüssel)-Nr. des Standesamtes □□□□□□□□		
		□□	□□	□□□□	☐	☐			
4. Todeszeit und Todesort		Genauere Todeszeit festgestellt oder		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Sterbebuch-Nr. □□□□□□□□	
4.1 bestimmbar:		□□	□□	□□□□	□□	□□	□□		
4.2 Ungefähre Todeszeit, wenn Nr. 4.1 nicht zutrifft:		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minuten			
zwischen		□□	□□	□□□□	□□	□□			
und		□□	□□	□□□□	□□	□□			
4.3 Todesort:		im Krankenhaus	zu Hause	im Heim	beim Transport				
		☐	☐	☐	☐				
4.4 Wenn Nrn. 4.1-4.3 nicht zutreffen:		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minuten			
tot aufgefunden		□□	□□	□□□□	□□	□□			
Auffindeort		-----							
5. Todesart:		natürlich	nichtnatürlich (einschl. Verdacht)		nicht aufgeklärt				
		☐	☐		☐				
		(Bitte zusätzliche Angaben bei Nr. 11)							
6. Zuletzt behandelt durch Arzt/Ärztin:		Tel.		Anschrift					
7. Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g		Als tote Leibesfrucht ☐		In der Geburt verstorben ☐		Gewicht in g		□□□□	
Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für die Leichenschau (Nr. 9)					Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für das Obduktionsergebnis (Nr. 10)				

Todesbescheinigung						Angaben des Standesamtes		
1. Familienname		Geburtsname		Vorname		Beurkundungsjahr □□□□ Gemeinde- (Schlüssel)-Nr. des Standesamtes □□□□□□□□ Sterbeprotokoll-Nr. □□□□□□□□		
2. Hauptwohnsitz: PLZ / Ort / Straße / Hausnummer								
3. Geburtsdatum:		Tag	Monat	Jahr	männlich			weiblich
		□□	□□	□□□□	☐			☐
4. Todeszeit und Todesort		Genauere Todeszeit festgestellt oder bestimmbar:		Tag	Monat			Jahr
		□□	□□	□□□□	Stunde			Minuten
		□□	□□	□□□□	□□			□□
4.2 Ungefähre Todeszeit, wenn Nr. 4.1 nicht zutrifft:		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minuten		
zwischen		□□	□□	□□□□	□□	□□		
und		□□	□□	□□□□	□□	□□		
4.3 Todesort:		im Krankenhaus		zu Hause	im Heim	beim Transport		
		☐		☐	☐	☐		
sonstiger Ort		□-----						
4.4 Wenn Nrn. 4.1-4.3 nicht zutreffen:		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minuten		
tot aufgefunden		□□	□□	□□□□	□□	□□		
Auffindort		-----						
5. Todesart:		natürlich		nichtnatürlich (einschl. Verdacht)		nicht aufgeklärt		
		☐		☐		☐		
		(Bitte zusätzliche Angaben bei Nr. 11)						
6. Zuletzt behandelt durch Arzt/Ärztin:		Tel.		Anschrift				
7. Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g		Als tote Leibesfrucht ☐		In der Geburt verstorben ☐		Gewicht in g □□□□		
8. Anhaltspunkte für eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz		ja ☐		nein ☐				
9. Todesursache, Leichenschau		a)		b)		ICD 10		
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		-----		-----		□□□□		
Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)		c)		-----		□□□□		
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)		-----		-----		□□□□		
10. Todesursache, Autopsie		a)		b)		ICD 10		
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		-----		-----		□□□□		
Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)		c)		-----		□□□□		
II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)		-----		-----		□□□□		
11. Bei nichtnatürlichem Tod (Nr. 5): Äußere Ursache (von Verletzungen und Vergiftungen)		ICD 10		□□□□				
Nur bei Unfällen:		Arbeitsunfall ☐		Schulunfall ☐		Verkehrsunfall ☐		
		Häuslicher Unfall ☐		Sport- oder Spielunfall ☐		sonstiger Unfall ☐		
12. Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen: Wo geboren:		Mehrlingsgeburt: ja ☐		nein ☐				
		Länge: (cm) □□		Geburtsgewicht: (g) □□□□				
13. Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 h verstorben sind: Frühgeburt in der □□ Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollen Stunden □□		unbekannt ☐				
14. Warnhinweise: Radionuklide ☐		Sonstiges:						
Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für die Leichenschau (Nr. 9)				Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für das Obduktionsergebnis (Nr. 10)				

Todesbescheinigung					
1.	Familienname	Geburtsname	Vorname		
2.	Hauptwohnsitz: PLZ / Ort / Straße / Hausnummer				
3.	Geburtsdatum:	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	männlich ☐ weiblich ☐
4.	Todeszeit und Todesort				
4.1	Genauere Todeszeit festgestellt oder bestimmbar:	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□
4.2	Ungefähre Todeszeit, wenn Nr. 4.1 nicht zutrifft:				
	zwischen	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□
	und	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□
4.3	Todesort: ☐ im Krankenhaus ☐ zu Hause ☐ im Heim ☐ beim Transport ☐ sonstiger Ort ☐				
4.4	Wenn Nrn. 4.1-4.3 nicht zutreffen:				
	tot aufgefunden	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□
	Auffindort: _____				
5.	Todesart: natürlich ☐ nichtnatürlich (einschl. Verdacht) ☐ nicht aufgeklärt ☐ (Bitte zusätzliche Angaben bei Nr. 11)				
6.	Zuletzt behandelt durch Arzt/Ärztin:		Tel.	Anschrift	
7.	Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g Als tote Leibesfrucht ☐ In der Geburt verstorben ☐ Gewicht in g □□□□				
8.	Anhaltspunkte für eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz ja ☐ nein ☐				
9.	Todesursache, Leichenschau		a)	ICD 10	
	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		b)		
	Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)		c)		
	II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)				
10.	Todesursache, Autopsie		a)	ICD 10	
	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		b)		
	Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)		c)		
	II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)				
11.	Bei nichtnatürlichem Tod (Nr. 5): Äußere Ursache (von Verletzungen und Vergiftungen)				ICD 10
	Nur bei Unfällen: Arbeitsunfall ☐ Häuslicher Unfall ☐ Schulunfall ☐ Sport- oder Spielunfall ☐ Verkehrsunfall ☐ sonstiger Unfall ☐				
12.	Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen: Wo geboren:		Mehrlingsgeburt: ja ☐ nein ☐	Länge: (cm) □□ Geburtsgewicht: (g) □□□□	
13.	Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 h verstorben sind: Lebensdauer in vollen Stunden □□ Frühgeburt in der □□ Schwangerschaftswoche unbekannt ☐				
14.	Warnhinweise: Radionuklide ☐ Sonstiges: _____				
Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für die Leichenschau (Nr. 9)			Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für das Obduktionsergebnis (Nr. 10)		

Todesbescheinigung					
1.	Familienname	Geburtsname	Vorname		
2.	Hauptwohnsitz: PLZ / Ort / Straße / Hausnummer				
3.	Geburtsdatum:	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	männlich ☐ weiblich ☐
4.	Todeszeit und Todesort				
4.1	Genaue Todeszeit festgestellt oder bestimmbar:	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□
4.2	Ungefähre Todeszeit, wenn Nr. 4.1 nicht zutrifft:				
	zwischen	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□
	und	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□
4.3	Todesort: ☐ im Krankenhaus ☐ zu Hause ☐ im Heim ☐ beim Transport ☐ sonstiger Ort ☐ -----				
4.4	Wenn Nrn. 4.1-4.3 nicht zutreffen:				
	tot aufgefunden	Tag □□	Monat □□	Jahr □□□□	Stunde □□ Minuten □□
	Auffindort: -----				
5.	Todesart: natürlich ☐ nichtnatürlich (einschl. Verdacht) ☐ nicht aufgeklärt ☐ (Bitte zusätzliche Angaben bei Nr. 11)				
6.	Zuletzt behandelt durch Arzt/Ärztin:		Tel.	Anschrift	
7.	Zusatzangaben bei Totgeborenen von mindestens 500 g Als tote Leibesfrucht ☐ In der Geburt verstorben ☐ Gewicht in g □□□□				
8.	Anhaltspunkte für eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz ja ☐ nein ☐				
9.	Todesursache, Leichenschau		a)	ICD 10	□□□□
	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		b)		
	Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)		c)		
	II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)				
10.	Todesursache, Autopsie		a)	ICD 10	□□□□
	I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit		b)		
	Vorausgegangene Ursachen (Grundleiden)		c)		
	II. Andere wesentliche Krankheiten (Begleitkrankheiten, ohne mit a) in Zusammenhang zu stehen)				
11.	Bei nichtnatürlichem Tod (Nr. 5): Äußere Ursache (von Verletzungen und Vergiftungen)				ICD 10
	Nur bei Unfällen: Arbeitsunfall ☐ Häuslicher Unfall ☐ Schulunfall ☐ Sport- oder Spielunfall ☐ Verkehrsunfall ☐ sonstiger Unfall ☐				□□□□
12.	Bei Kindern unter einem Jahr sowie Totgeborenen: Wo geboren:		Mehrlingsgeburt: ja ☐ nein ☐	Länge: (cm) □□ Geburtsgewicht: (g) □□□□	
13.	Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 h verstorben sind: Frühgeburt in der □□ Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollen Stunden □□ unbekannt ☐		
14.	Warnhinweise: Radionuklide ☐ Sonstiges: _____				
Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für die Leichenschau (Nr. 9)			Datum/Uhrzeit/Unterschrift/Stempel/Tel. für das Obduktionsergebnis (Nr. 10)		