

Todesbescheinigung NRW – Nichtvertraulicher TeilDie Todesbescheinigung ist unverzüglich auszuhändigen.
Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen! Blatt **1**

1. Personalangaben		Untere Gesundheitsbehörde über Standesamt 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		☐ 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 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 ☐ Sterbeort	12 ☐ Auffindeort, falls nicht Sterbeort
13 ☐ als tote Leibesfrucht geboren	☐ In der Geburt gestorben
Name der Einrichtung (Krankenhauses/Heimes o.ä.)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
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, Spättodesfälle 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? ☐ nein ☐ ja	
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	Tag/Monat/Jahr	um	Uhrzeit	Uhr. Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopftaut und allen Körperöffnungen einbezogen.
	Ort und Datum				☐ ja ☐ nein
	Unterschrift				Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt 2

1. Personalangaben 1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n) _____ 2 Straße _____ 3 Hausnummer _____ 4 PLZ, Wohnort, Kreis _____ 5 Geburtsdatum _____ 6 Geburtsort, Kreis _____ 7 Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich 8 Identifikation nach ☐ eigener Kenntnis ☐ Personalausweis/Reisepaß ☐ Angaben Angehöriger/Dritter ☐ nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6)		Untere Gesundheitsbehörde zum Verbleib 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 _____ um _____ Uhrzeit Tag/Monat/Jahr 10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am _____ um _____ Uhrzeit Tag/Monat/Jahr		
Sichere Zeichen des Todes 11 ☐ Totenflecke ☐ Totenstarre ☐ Fäulnis ☐ Hirntod ☐ nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen 12 Reanimationsbehandlung durchgeführt ☐ nein ☐ ja 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. _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ oder Stempel (falls vorhanden) _____	
Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen) 15 I a) Unmittelbare Todesursache: _____ 16 b) Dies ist eine Folge von: b1' _____ b2' _____ 17 c) Hierfür ursächliche Grunderkrankungen: _____ 18 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grunderkrankungen: _____ 19 *) 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		ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod* _____
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 _____ Monat ☐ unbekannt 23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? ☐ nein ☐ ja	26 bei ungeklärter Identität der Leiche: bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Poltzel unterrichtet? ☐ ja ☐ nein	
Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen 27 Wo wurde das Kind geboren? ☐ im Krankenhaus ☐ zuhause ☐ sonstiger Ort 28 Mehrlingsgeburt ☐ nein ☐ ja Geburtsgröße _____ cm Geburtsgewicht _____ 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 _____ um _____ Uhrzeit Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Tag/Monat/Jahr Uhrzeit Körperoberfläche mit Rücken, Kopftaut und allen Körperöffnungen einbezogen ☐ ja ☐ nein Ort und Datum _____ Unterschrift _____ Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel) _____		

Blätter 2-5 im Durchsichtverföhrchen!

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen:

3

1. Personalangaben		Untere Gesundheitsbehörde zur Einsichtnahme an Krebsregister und zur Weiterleitung an Untere Gesundheitsbehörde der Wohnsitzgemeinde		
1	Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)	Auftraggeber Stadtsanität Untere Gesundheitsbehörde	Standesamt	
2	Straße		3 Hausnummer	
4	PLZ, Wohnort, Kreis		Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.	
5	Geburtsdatum		6 Geburtsort, Kreis	Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.
7	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich		☐ Erdbestattung ☐ Feuerbestattung	
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 Uhrzeit	
10	Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am		Tag / Monat / Jahr um Uhrzeit	
Sichere Zeichen des Todes				
11	☐ Totenflecke ☐ Totenstarre ☐ Fäulnis ☐ Hirntod ☐ nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen			
12	Reanimationsbehandlung durchgeführt ☐ nein ☐ ja			
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.		
		Straße, Hausnummer		
		PLZ, Ort oder Stempel (falls vorhanden)		
Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)				
15	I a) Unmittelbare Todesursache:		ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod	
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	Epikrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewalttätigkeit, 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 Dienstinfall (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 _____ Monat ☐ unbekannt			
23	Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? ☐ nein ☐ ja			
Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen				
27	Wo wurde das Kind geboren? ☐ im Krankenhaus ☐ zuhause ☐ sonstiger Ort			
28	Mehrlingsgeburt ☐ nein ☐ ja Geburtsgröße _____ cm Geburtsgewicht _____ 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 _____ Uhr. Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einbezogen. Ort und Datum Unterschrift ☐ ja ☐ nein			

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt

Blätter 2-5 im Durchschreibeverfahren!

30. Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am

/ /
Tag/Monat/Jahr

 um

: :
Uhrzeit

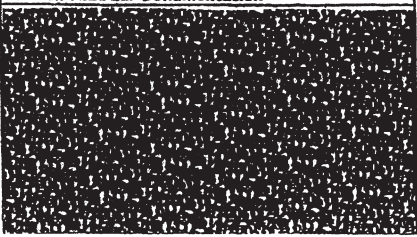
 Uhr

Ort und Datum

Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt 5

1. Personalangaben 1 Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n) _____ 2 Straße _____ 3 Hausnummer _____ 4 PLZ, Wohnort, Kreis _____ 5 Geburtsdatum _____ 6 Geburtsort, Kreis _____ 7 Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich 8 Identifikation nach ☐ eigener Kenntnis ☐ Personalausweis/Reisepaß ☐ Angaben Angehöriger/Dritter ☐ nicht möglich (beim Eintrag unter 1-6)		Für den Arzt zur Dokumentation 
2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt 9 ☐ Nach eigenen Feststellungen ☐ Nach Angaben Angehöriger/Dritter am ____/____/____ um ____:____ Uhrzeit 10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am ____/____/____ um ____:____ Uhrzeit		
Sichere Zeichen des Todes 11 ☐ Totenflecke ☐ Totenstarre ☐ Fäulnis ☐ Hirntod ☐ nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen 12 Reanimationsbehandlung durchgeführt ☐ nein ☐ ja 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. _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ oder Stempel (falls vorhanden) _____
Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen) 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 Epikrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewalttatschuld, 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 Dienstatunfall (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 _____ Monat ☐ unbekannt 23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? ☐ nein ☐ ja		26 bei ungeklärter Identität der Leiche: bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet? ☐ ja ☐ nein
Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen 27 Wo wurde das Kind geboren? ☐ im Krankenhaus ☐ zuhause ☐ sonstiger Ort 28 Mehrlingsgeburt ☐ nein ☐ ja Geburtsgröße _____ cm Geburtsgewicht _____ 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 ____/____/____ um ____:____ Uhr, Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einbezogen: ☐ ja ☐ nein Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel) _____		

Blätter 2-5 im Durchschreibebereich!