

2127

Todesbescheinigung NRW - Nichtvertraulicher Teil

Die Todesbescheinigung ist unverzüglich auszuhändigen.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt 1

1 Personalangaben		Untere Gesundheitsbehörde über Standesamt	
1	Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)	Wird vom Standesamt ausgestellt	Standesamt
2	Straße 3 Hausnummer		Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.
4	PLZ, Wohnort, Kreis		Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.
5	Geburtsdatum 6 Geburtsort, Kreis		☐ Erdbestattung ☐ Feuerbestattung
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
	Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit
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!

11 ☐ Sterbeort		12 ☐ Auffindeort falls nicht Sterbeort	13 ☐ als tote Leibesfrucht geboren ☐ in der Geburt gestorben
Zusatzangabe für totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500g (als Sterbezeitpunkt gilt der Geburtszeitpunkt):			
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 U Sonstiges (z.B. Gefährdung durch Giftstoffe/Chemikalien):	

Fortsetzung des Durchschreibeverfahrens!

18 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am	
Tag/Monat/Jahr	um Uhrzeit
Ort und Datum	
Unterschrift	Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

Zutreffende bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt

2 2127

1. Personalangaben 0 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 ☐ J 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 _____ 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* ☐ nichtbehandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes ☐ U nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes		11 Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung) Name des Krankenhauses/Arztes o. J. _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ oder Stempel (falls vorhanden) _____	
Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen) 15 a) Unmittelbare Todesursache: _____ ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod? _____ 16 b) Dies ist eine Folge von: b1? _____ 17 b2? _____ 18 c) Hierfür ursächliche Grunderkrankungen: _____ 19 n Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grunderkrankungen: _____ *) ausfüllen, soweit den Arzt möglich			
20 Epikrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt I, 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 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: 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 _____ a		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 _____ Uhrzeit Ort und Datum _____ Unterschrift _____ Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel) _____			

2127

Todesbescheinigung NRW - Vertraulicher Teil

Zutreffende bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt 3

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 >> Einsichtgewährung an Kreisregister und zur Weiterleitung an Untere Gesundheitsbehörde der Wohnsitzgemeinde 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 _____ 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 a) Unmittelbare Todesursache: _____ 16 b) Dies ist eine Folge von: b1) _____ b2) _____ 17 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: _____ 18 d) Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: _____ 19 *) ausfüllen, soweit dem tat möglich 20 Epikrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewaltwirkung, 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 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 _____ LJ 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 Ort und Datum _____ Unterschrift _____ Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel) _____		

Blätter 2-5 im Durchschreibeverfahren!

Todesbescheinigung NRW - Vertraulicher Teil

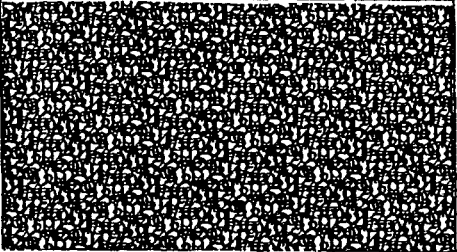
Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt

4 2127

1. Personalangaben 1 2 3 Straße 4 PLZ, Wohnort, Kreis 5 Geburtsdatum 7 Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich 8 Identifikation nach ☐ eigener Kenntnis ☐ Personalausweis/Reisepaß ☐ Angaben Angehöriger/Dritter ☐ nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6)		Unter Gesundheitsbehörde für Weiterleitung an Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung Standesamt Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr. _____ Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr. _____
2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt 9 ☐ Nach eigenen Feststellungen ☐ Nach Angaben Angehöriger/Dritter am ____/____/____ um ____:____ 10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am ____/____/____ um ____:____		
Blätter 2-5 im Durchschreibeverfahren!		
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 n Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: _____ *) ausfüllen, soweit dem Art 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 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 r 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 ____/____/____ um ____:____ Tag/Monat/Jahr Uhrzeit Ort und Datum _____		

0197
L fTodesbescheinigung **NRW** - Vertraulicher TeilC
Blatt JZutreffendes **ttt*** ankreuzen bzw. ausfüllen!

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 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? _____		u. Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus(-abteilung) Name des Krankenhauses/Arztes o.Ä. _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ oder Stempel (falls vorhanden) _____	
13. ☐ behandelnder Arzt ☐ nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes ☐ nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes			
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 Grundleiden: ? _____ 19. n Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: ? _____ *) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich 20. Epikrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer U), 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 _____			
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? ☐ - ☐ 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. Hehrlingsgeburt ☐ 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 Ort und Datum _____ Unterschrift _____ Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel) _____			

Blätter 2-5 im Durchschreibeverfahren!

\\Charly\c\Im\MBL\MBL45-1Todesbescheinigung2(Umschlag).doc

Wichtig für Anzeige des Sterbefalls beim Standesbeamten:

Bitte legen Sie dem Standesbeamten die Todesbescheinigung, möglichst auch die Geburts- und ggf. die Heiratsurkunde (bei Eheschließung nach dem 31.12.1957 Abschrift oder Auszug aus dem Familienbuch, bei Ledigen aus dem Familienbuch der Eltern) sowie den Personalausweis des/der Verstorbenen vor.

(Umschlag)

Inhalt: Todesbescheinigung (Nichtvertraulicher Teil)

über _____

Name

Vorname

An den Standesbeamten

in _____

2127

\\C:\y\um\m\mbl\45-10 d=beschreibung2(Umschlag).doc

Inhalt Todesbescheinigung (Verständlicher Teil)■ ^{or} _____**Name****Vorname****An den Standesbeamten****in** _____**zur ungeöffneten Weiterleitung an die örtlich
zuständige untere Gesundheitsbehörde.****Offener durch Arzt/Ärztin der _____eren Gesundheitsbehörde.**

(Beitrag)

(Öffnung
im
Umschlag)