

**Todesbescheinigung NRW – Nichtvertraulicher Teil**

Die Todesbescheinigung ist unverzüglich auszuhändigen.  
Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen! Blatt **1**

<b>1. Personalangaben</b>		Untere Gesundheitsbehörde über Standesamt _____ Standesamt Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr. _____ Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr. _____ <input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung
1	Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n) _____	
2	Straße _____ 3 Hausnummer _____	
4	PLZ, Wohnort, Kreis _____	
5	Geburtsdatum _____ 6 Geburtsort, Kreis _____	
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		
<input type="checkbox"/> nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6)		

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

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

		Zusatzangabe für totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500g (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, Spät-todesfälle 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 (Epi-krise) 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, Kopftaot und allen Körperöffnungen einbezogen				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ort und Datum					
Unterschrift		Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)			

Nicht im Durchschreibeverfahren!

Todesbescheinigung NRW - Vertraulicher Teil

Zutreffendes bitte 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 1-6)

**Untere Gesundheitsbehörde zum Verbleib**

Ausfüllung  
Standesamt, Industrie-  
und Gewerbeaufsichtsamt

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

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhrzeit

**Sichere Zeichen des Todes** 14 **Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)**

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

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<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

16 b) Dies ist eine Folge von: b1<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_

17 b2<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_

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, 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 Dienstupfall (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 \_\_\_\_\_ Tag/Monat/Jahr um \_\_\_\_\_ Uhr, Ich habe in meine Untersuchung die gesamte 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 Durchsichtsbereich

Todesbescheinigung NRW - Vertraulicher Teil

Zutreffendes 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 (bei Eintrag unter 1-6)

Untere Gesundheitsbehörde zur Eintragung in das Krebsregister und zur Weiterleitung an Untere Gesundheitsbehörde der Wohnsitzgemeinde

Ausfüllung Bundesamt, Kreisverwaltungsreferat

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

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhrzeit

**Sichere Zeichen des Todes** 14 **Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)**

11  Totenflecke  Totenstarre  Fäulnis  Himtöd  
 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

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<sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_

16 b) Dies ist eine Folge von: b1<sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_  
 b2<sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_

17 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: \_\_\_\_\_

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, 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  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) \_\_\_\_\_


Blatt 1-3 im Durchsichtsbereich führen!


Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil


Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen! Blatt 4


**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)

Untere Gesundheitsbehörde zur Weiterleitung an Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

Standesamt

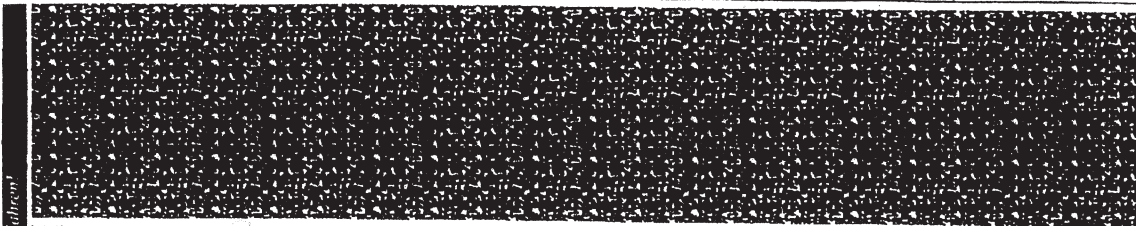
Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.

Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.

**2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt**

9  Nach eigenen Feststellungen  Nach Angaben Angehöriger/Dritter am  /  /  um  :  Uhrzeit

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am  /  /  um  :  Uhrzeit



Blätter 2-5 im Durchschnittsverfahren!

**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 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

Tag/Monat/Jahr Uhrzeit

Ort und Datum

Todesbescheinigung NRW - Vertraulicher Teil

Zutreffendes bitte 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 (bei 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** 14 **Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)**

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

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, Gewaltanwendung, 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<sup>1)</sup>

**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