

2127

Todesbescheinigung NRW - Nichtvertraulicher Teil

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

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 über Standesamt

Standesamt _____

Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr. _____

Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr. _____

Erdbestattung Feuerbestattung

Wird am Standesamt beantragt

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!

Nicht im Durchschreibeverfahren!

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 500 g (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)

Todesbescheinigung NRW - vertraulicher Teil

Zutreffende Blöcke ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt **2** 2127

1. Personalangaben

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 Totenflecke Totenstarre Fäulnis Hirntod nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen

12. Reanimationsbehandlung durchgeführt nein ja

Wer hat die Todesursache festgestellt?

behandelnder Arzt* nichtbehandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes

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) _____ b2) _____

17. c) Hierfür ursächliche Grundleiden: _____

18. n Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: _____

19. 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 Hefgang): 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) Lebensdauer | _____ volle Stunden unbekannt

29. Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen: Frühgeburt in der _____ Schwangerschaftswoche

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!

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 z. Einsichtgewährung an Krebsregister 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 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) 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 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 U 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

26 bei ungeklärter Identität der Leiche: bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet? D ja U nein

Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen 29 Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen:

27 Wo wurde das Kind geboren? im Krankenhaus Zuhause sonstiger Ort Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche

28 Mehrlingsgeburt nein ja Geburtsgröße cm Geburtsgewicht g Lebensdauer: volle Stunden unbekannt

30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit Uhr

Ort und Datum

Unterschrift

Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

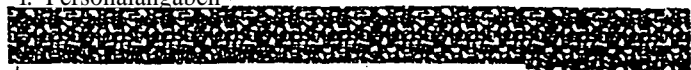
Blätter 2-5 im Durchschreibeverfahren!

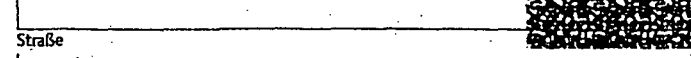
Todesbescheinigung NRW - Vertraulicher Teil


Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

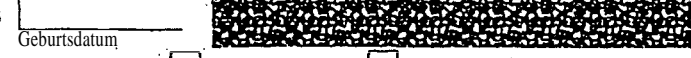
Blatt **4** 2127

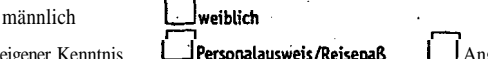
1. Personalangaben

1 

2 

3 Straße 

4 PLZ, Wohnort, Kreis 

5 Geburtsdatum 

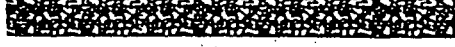
7 Geschlecht männlich weiblich

8 Identifikation nach eigener Kenntnis Personalausweis/Reisepaß Angaben Angehöriger/Dritter
 nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6)

Unter Gesundheitsbehörde zur Weiterleitung an Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

Zuständige Stelle: Standesamt Standesamt

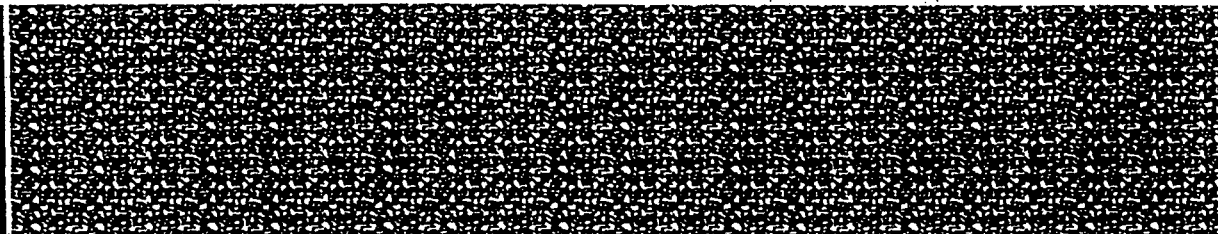
Standesamt: Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr. Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.

Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr. 

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



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 I, 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 r 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? 

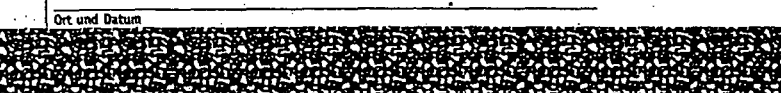
Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen

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 

Blätter 2-5 im Durchschreibevorgang

0197
L f

Todesbescheinigung **NRW** - Vertraulicher Teil

C

Zutreffendes *mit** *aanknuzn* bzw. *ausfüllen!* Blatt J

1. Personalangaben

1 (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 (sein Eintrag unter 6)

Für den Arzt zur Dokumentation



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 Totenflecke Totenstarre Fäulnis Hirntod nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen

11 Reanimationsbehandlung durchgeführt nein ja

Wer hat die Todesursache festgestellt?

12 behandelnder Arzt nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes

u. Zuletzt behandelt durch **Hausarzt/Krankenhaus (-abteilung)**
 Name des Krankenhauses/Arztes o.ä.
 Straße, Hausnummer
 PLZ, Ort oder Stempel (falls vorhanden)

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) b2)

17 c) Hierfür ursächliche Grundleiden:

18 n Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden:

19 *) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich

20 Eplkrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt I, Ziffer U), 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? ja nein

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 Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit

Ort und Datum

Unterschrift

Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

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:\im\m\l\mbl45-103\de-sbeschönig\og2(Umschlag).doc

Inhalt Todesbescheinigung (Verlässlicher Teil)

■ ^{or}

Name

Vorname

An den Standesbeamten

in _____

zur ungeöffneten Weiterleitung an die örtlich
zuständige untere Gesundheitsbehörde.

~~Überwachen~~ durch ~~WZSt~~/Ärztin der ~~H~~eren ~~Oe~~erndheitsbehörde.

(Fenster)

(Öffnung
im
Umschlag)

