

2127

Todesbescheinigung NRW - Nichtvertraulicher Teil

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

1. Personalangaben

1 Name (vgl. 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 nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6)

Untere Gesundheitsbehörde über Standesamt

1 Standesamt

2 Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.

3 Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.

4 Wird vom Standesamt ausgestellt

5 Erdbestattung Feuerbestattung

 Angaben Angehöriger/Dritter

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

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

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauftindung am

/ / um :
Tag/Monat/Jahr 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

Name der Einrichtung (Krankenhaus/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 um : Uhr
Tag/Monat/Jahr

Ort und Datum

Unterschrift

Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

Todesbescheinigung NRW - vertraulicher Teil

2 2127

Zutreffende bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt

1. Personalangaben		Untere Gesundheitsbehörde zum Verbleib	
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 9 Jinkt möglich (kein Eintrag unter 1-8)		Standesamt 1. S. Sterbefall beurkundet, Sterebuch-Nr. 2. Eingang vormerkt, Vormerk-Liste-Nr. <input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung	
2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt			
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: Leichenauftindung am		Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit	
3. Sichere Zeichen des Todes			
11 <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Hirntod <input type="checkbox"/> nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen		12 Reanimationsbehandlung durchgeführt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
13 <input type="checkbox"/> behandelnder Arzt+ <input type="checkbox"/> nichtbehandelnder Arzt nach Angaben <input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes			
4. Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus(-abteilung)			
14 Name des Krankenhauses/Arztes o.J. Straße/Hausnummer PLZ, Ort		oder Stempel (falls vorhanden)	
5. Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)			
15 I a) Unmittelbare Todesursache: 16 b) Dies ist eine Folge von: b1 ¹ 17 b2 ² 18 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: ³ 19 n) Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: ³ *) ausfüllen, soweit den Arzt möglich		ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod ⁴	
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)		24 Diagnose durch Obduktion gesichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule) <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> unbekannt		25 Liegt der Obduktionsbefund bei? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
22 Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt		26 bei ungeklärter Identität der Leiche: bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
22 Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> unbekannt 23 Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
27 Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen		29 Bei den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen: <input type="checkbox"/> Frühgeburt in der <input type="checkbox"/> Schwangerschaftswoche a Lebensdauer <input type="checkbox"/> volle Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt	
27 Wo wurde das Kind geboren? <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> sonstiger Ort 28 Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Geburtsgröße <input type="checkbox"/> cm Geburtsgewicht <input type="checkbox"/> a			
30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am		Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit Ort und Datum Unterschrift	
Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)			

Blätter 2-5 im Durchscheinverfahren!

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 <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)		<small>Unters. Gesundheitsbehörde > Einsichtsgewährung an Krebsregister und zur Weiterleitung an Unters. Gesundheitsbehörde der Wohnsitzgemeinde</small> <small>Standesamt</small> <small>Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.</small> <small>Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.</small> <small>Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/></small>
2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt 9 <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben Angehöriger/Dritter am 10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar Leichenauftindung am		Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit
Sichere Zeichen des Todes 11 <input type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Hirntod 12 Reanimationsbehandlung durchgeführt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 13 <input type="checkbox"/> behandelnder Arzt <input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt nach Angaben <small>des behandelnden Arztes</small> <input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt ohne Angaben <small>des behandelnden Arztes</small>		14 Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus(-abteilung) Name des Krankenhauses/Arztes o.ä. Straße, Hausnummer PLZ, Ort <small>oder Stempel (falls vorhanden)</small>
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 : <small>* ausfüllen, soweit dem tat möglich</small>		<small>ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod*</small>
20 Epilese Weitere Angaben zur Todesart <small>(Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewaltwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung):</small> <small>Außeren Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang):</small> <small>bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels</small>		
21 Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen) <input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule) <input type="checkbox"/> U Wegeunfall <input type="checkbox"/> A rbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> unbekannt		24 Diagnose durch Obduktion gesichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 25 Liegt der Obduktionsbefund bei? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
22 Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt. 23 Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Monat <input type="checkbox"/> unbekannt 24 bei ungeklärter Identität der Leiche: <small>bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet?</small> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		26 bei ungeklärter Identität der Leiche: <small>bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet?</small> D ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
27 Wo wurde das Kind geboren? <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> sonstiger Ort 28 Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Geburtsgröße <input type="checkbox"/> cm Geburtsgewicht <input type="checkbox"/> g Lebensdauer : <input type="checkbox"/> volle Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt		29 Bei den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen: <small>Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche</small>
30 Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> um <input type="checkbox"/> Uhr <small>Tag/Monat/Jahr</small> Ort und Datum Unterschrift		<small>Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)</small>

Todesbescheinigung NRW - Vertraulicher Teil

2127

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen! Blatt 4

1. Personalaangaben		Um im Gesundheitsbehörde ist Weiterleitung an Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung	
1			
2	Straße		
4	PLZ, Wohnort, Kreis		
5	Geburtsdatum		
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"/> nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6)	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt					
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: Leichenauftindung am				

Blätter 2-5 im Durchschreiterverfahren!

Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)		ungefahre 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	n) Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: *			
20	Epikrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewaltwirkung, Selbsttötung sowie Komplikation medizinischer Behandlung): Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang); bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels.			
21	Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)			
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielenfall (nicht in Haus oder Schule)		
	<input type="checkbox"/> Wegeunfall	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)		
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> unbekannt
24	Diagnose durch Obduktion gesichert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
25	Liegt der Obduktionsbefund bei?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
26	bei ungeklärter Identität der Leiche: bei nichtnatürlicher oder ungeklärter Todesart: Polizei unterrichtet?			
27	Bei Kindern unter 1 Jahr und bei Totgeborenen			
28	Wo wurde das Kind geboren? <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> sonstiger Ort			
29	Bei in den ersten 24 Stunden gestorbenen Neugeborenen: Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche			
30	Lebensdauer: 1 volle Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt			
	Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am	Tag/Monat/Jahr	um	Uhrzeit
	Ort und Datum			

0197

Todesbescheinigung **NRW – Vertraulicher Teil**

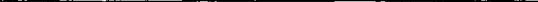
Zutreffendes aaknaztn bzw. ausfüllen!

C

1. Personalangaben

1 Name (vorl. Geburtsname) Vorname(n)

2. Universumspuren

4 

5 | 6 | _____

Geburtsdatum: **Geburtsort, Kreis:**

8 Identifikation nach eigener Kenntnis Personal

8 Identifikation nach eigener Kenntnis Personalausweis/Reisepass Ang

nicht möglich (kein Eintrag unter 6)

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

3 N-1 N-2 N-3

Für den Arzt zur Dokumentation

or contains the Documentation

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

9 Nach eigenen Feststellungen

■ Nach Angaben Angehöriger/Mütter am

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht **bestimmbar**: Leichenauftindung am

Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit
 Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit

Sichere Zeichen des Todes		u Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus(-abteilung)	
11	<input checked="" type="checkbox"/> Totenflecke <input type="checkbox"/> Totenstarre <input type="checkbox"/> Fäulnis <input type="checkbox"/> Hirntod	 	
\ nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen			
12	Reanimationsbehandlung durchgeführt <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja		
Wer hat die Todesursache festgestellt?			
13	O behandelnder Arzt <input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt nach Angaben des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> nicht behandelnder Arzt ohne Angaben des behandelnden Arztes	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	n Mit zum Tode führende Krank- heiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: ?	
<p>*) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich</p>		
20	Eplkrixe Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer U), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewaltwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung): Außere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang); bei Vergiftung zusätzlich Angabe des Mittels	

21	Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)	24	Diagnose durch Obduktion gesichert?				
<input type="checkbox"/>	Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/>	Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)				
<input type="checkbox"/>	Wegeunfall	<input type="checkbox"/>	Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)				
LJ	häuslicher Unfall	LJ	sonstiger Unfall	LJ	Verkehrsunfall	LJ	unbekannt
Bei Frauen , deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt				25 liegt der Obduktionsbefund bei?			
22	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ja		
23	Bestehen Anzeichen früher Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	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 Hehlingsgeburt 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	<u> / / </u>	um	<u> : </u>	Uhr
		Tag/Monat/Jahr		Uhrzeit	
	Ort und Datum				
	Unterschrift	Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)			

\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 dein 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

2127

Inhalt Todesscheinlösung (Vertraulicher Teil)**■**
er**Name****Vorname****An den Standesbeamten****in** _____**(Fa. ater)****zur ungeöffneten Weiterleitung an die örtlich
zuständige untere Gesundheitsbehörde.****(Öffnung
im
Umschlag)****Öffner durch Dokt./Ärzte in der ——eren Gesundheitsbehörde.**

● ● ● ●