

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

<b>1. Personalangaben</b>		<b>Untere Gesundheitsbehörde über Standesamt</b>
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>Wird vom Standesamt ausgefüllt</b>		
Standesamt		
Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.		
Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr.		
<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung		

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

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

			<b>Zusatzangabe für totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g (als Sterbezeitpunkt gilt der Geburtszeitpunkt):</b>
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
<p>Name der Einrichtung (Krankenhauses/Heimes o.ä.)</p> <p>Straße, Hausnummer</p> <p>PLZ, Ort</p>			
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, Spättodesfälle 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 (Epikrise) 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	/ / um : Uhr
Tag/Monat/Jahr	
Ort und Datum	
Unterschrift	
Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)	

**Nicht im Durchschreibeverfahren!**

**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**

Juristische Stellung:  Standesamt, öffentliche Gesundheitsbehörde  
 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 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Tag/Monat/Jahr Uhrzeit

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Tag/Monat/Jahr Uhrzeit

**Sichere Zeichen des Todes**

11  Totenfleck  Totenstarre  Fäulnis  Hirntod  
 nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen

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

Name des Krankenhauses/Arztes o.ä. \_\_\_\_\_

12 Reanimationsbehandlung durchgeführt  nein  ja

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

**Wer hat die Todesursache festgestellt?**

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: \_\_\_\_\_ 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, 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)**

<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

**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 Lebensdauer: \_\_\_\_\_ volle Stunden  unbekannt

**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

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

**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 (kein Eintrag unter 1-6)

Untere Gesundheitsbehörde zur Einsichtgewährung an Krebsregister und zur Weiterleitung an Untere Gesundheitsbehörde der Wohnsitzgemeinde

Amtstyp:  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 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Tag/Monat/Jahr Uhrzeit

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauftindung am \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Tag/Monat/Jahr Uhrzeit

**Sichere Zeichen des Todes**

11  Totenfleck  Totenstarre  Fäulnis  Hirntod  
 nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen

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

Name des Krankenhauses/Arztes o.ä.

12 Reanimationsbehandlung durchgeführt  nein  ja

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

**Wer hat die Todesursache festgestellt?**

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

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

ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod\*)

20 **Epilese** Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie Komplikationen medizinischer Behandlung); Äußerer 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  
 Tag/Monat/Jahr

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**1. Personalangaben**

1 [REDACTED]

2 [REDACTED] Straße

3 [REDACTED]

4 PLZ, Wohnort, Kreis [REDACTED]

5 Geburtsdatum [REDACTED]

6 Geschlecht  männlich  weiblich

7 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

Amt/Behörde:  
Standesamt, Polizei, Untere Gesundheitsbehörde  
Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr. [REDACTED]

Eingang vormerkt, Vormerk-Liste-Nr. [REDACTED]

**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

Blätter 2-5 im Durchschreibeverfahren!

**Todesursache (nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen)**

15 I a) Unmittelbare Todesursache: [REDACTED] ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod\*

16 b) Dies ist eine Folge von: b1\*) [REDACTED]

17 b2\*) [REDACTED]

18 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: \*) [REDACTED]

19 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grundleiden: \*) [REDACTED]

\* 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; [REDACTED]

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"/> 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?  
 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?

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

Ort und Datum [REDACTED]

**Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil****Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!** Blatt 5**1. Personalaangaben**

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)

**Für den Arzt zur Dokumentation**
**2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt**

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

10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauftindung am \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ :  
 Tag/Monat/Jahr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ :  
 Uhrzeit \_\_\_\_\_ :

**Sichere Zeichen des Todes**

- 11  Totenfleck  Totenstarre  Fäulnis  Hirntod  
 nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen

**Zuletzt behandelt durch Hausarzt/Krankenhaus(-abteilung)**

- 12 Reanimationsbehandlung durchgeführt  nein  ja

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: \_\_\_\_\_ 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, 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?**

- 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 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

Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

Unterschrift