

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

2. Feststellung des Todes/Sterbezeitpunkt

- 9 ☐ Nach eigenen Feststellungen ☐ Nach Angaben Angehöriger/Dritter am

Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit

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 ☐ Sterbeort 12 ☐ Auffindeort, falls nicht Sterbeort 13 ☐ als tote Leibesfrucht geboren ☐ in der Geburt gestorben

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 ☐ 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)

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

- 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 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 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)

Blätter 2-5 im Durchschreibeverfahren!

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

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 I a) Unmittelbare Todesursache: _____ ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod¹⁾ _____
- 16 b) Dies ist eine Folge von: b1²⁾ _____
- 17 b2²⁾ _____
- 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 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)

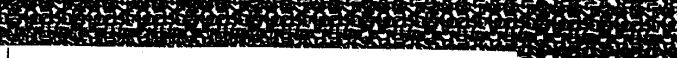
Blätter 2-5 im Durchschreibeverfahren!


Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil


Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!


Blatt 4

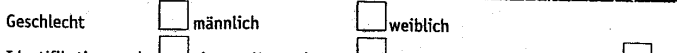
1. Personalangaben

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


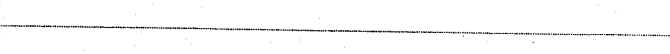
Tag/Monat/Jahr um Uhrzeit


- 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)  b2) 

17 c) Hierfür ursächliche Grundleiden: 

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

19 *) 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?**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 ☐ Uhrzeit

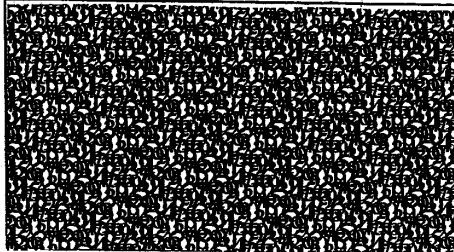
Ort und Datum

Todesbescheinigung NRW – Vertraulicher Teil

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt **5****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)

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

- 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 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: _____

ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod^{*)}

*) 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 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 _____ Tag/Monat/Jahr um _____ Uhr

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel)

Blätter 2-5 im Durchschreibeverfahren!