

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

1. Personalangaben		Untere Gesundheitsbehörde über Standesamt Wird vom Standesamt ausgefüllt	
1	Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)		Standesamt
2	Straße		3 Hausnummer
4	PLZ, Wohnort, Kreis		
5	Geburtsdatum		6 Geburtsort, Kreis
7 Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ eigener Kenntnis ☐ Personalausweis/Reisepaß ☐ Angaben Angehöriger/Dritter ☐ nicht möglich (kein Eintrag unter 1-6)		
8	☐ 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

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

Zusatzangabe für totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g (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 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)	

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 _____ um _____ Uhrzeit Tag/Monat/Jahr 10 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Leichenauffindung am _____ um _____ Uhrzeit Tag/Monat/Jahr		
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' _____ b2' _____ 17 c) Hierfür ursächliche Grunderkrankungen: _____ 18 II Mit zum Tode führende Krankheiten ohne Zusammenhang mit dem Grunderkrankungen: _____ 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		ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod* _____
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: 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 _____ um _____ Uhrzeit Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopftaut und allen Körperöffnungen einbezogen Tag/Monat/Jahr _____ Ort und Datum Unterschrift _____		☐ ja ☐ nein Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel) _____

Blätter 2-5 im Durchsichtverföhrchen!

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 Erstregistrierung 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 ☐ Himtod ☐ 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: _____ *) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich		ungefähre Zeitspanne vom Krankheitsbeginn bis Tod') _____
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 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 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 3-5 im Durchscheibeverfahren!

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Blatt

Blätter 2-5 im Durchschreiterverfahren!

30. Bescheinigt aufgrund meiner sorgfältigen Untersuchung am

Tag	Monat	Jahr

 um

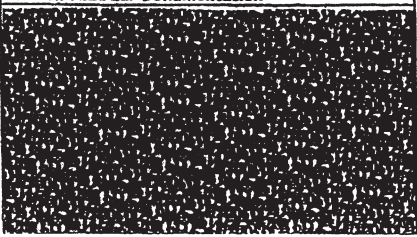
Uhrzeit	Uhr

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 (beim 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 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: _____ *) ausfüllen, soweit dem Arzt möglich 20 Epikrise Weitere Angaben zur Todesart (Blatt 1, Ziffer 14), falls erforderlich (z.B. Unfall, Vergiftung, Gewalttatschuld, 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, Ich habe in meine Untersuchung die gesamte Körperoberfläche mit Rücken, Kopfhaut und allen Körperöffnungen einbezogen: _____ Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel und Telefon (falls nicht im Stempel) _____		

Blätter 2-5 im Durchschreibebereich!