

# Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes  
ankreuzen!

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
			Geburtsort
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			

## 2 Identifikation

<input type="checkbox"/> aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	---	---	--

## 3 Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	<input type="checkbox"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

## 4 Ort und Zeitpunkt des Todes

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
<b>Auffindungsort</b>			
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
			<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
<b>Sterbezeitraum</b>	Tag	Monat	Jahr
zwischen			
	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
			Std.
			Min.
			und

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung
---



# Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes  
ankreuzen!

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname			Vorname		
Straße, Hausnummer					
PLZ, Wohnort, Kreis					
Geburtsdatum			Geburtsort		
Tag	Monat	Jahr			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					

## 2 Identifikation

<input type="checkbox"/> aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	---	---	--

## 3 Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	<input type="checkbox"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

## 4 Ort und Zeitpunkt des Todes

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis				
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald				
<b>Auffindungsort</b>					
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr
<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar					
<b>Sterbezeitraum</b>	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.
zwischen					
und					

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung