

Todesbescheinigung

FREIE HANSESTADT BREMEN

Blatt 1:
Standesamt

Personalangaben

Familienname, Vorname, ggf. Geburtsname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Identifikation

<input type="checkbox"/> Aufgrund eigener Erkenntnisse	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten	<input type="checkbox"/> Nicht möglich
--	---	---	--

Zeichen des Todes

Welche Zeichen des Todes sind vorhanden?		Reanimationsbehandlung	ja <input type="checkbox"/>
			nein <input type="checkbox"/>
Bei Totgeburten:		Geburtsgewicht:	g

Feststellung des Todes

<input type="checkbox"/> Sterbeort	PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, ggf. Einrichtung, Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z.B. Gemarkung, Flurstück, Straßen-/Bahn-/Wasserstraßen-km											
<input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)												
Todeszeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten					
Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar	noch gelebt	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten	mit Sicherheit schon tot	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten
Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Beförderung, Bestattung						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	folgende Hinweise bestehen			Implantierte Geräte		
							<input type="checkbox"/> SM	<input type="checkbox"/> ICD	<input type="checkbox"/> sonst.			
<input type="checkbox"/> Keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod						<input type="checkbox"/> Tod im zeitlichen Zusammenhang mit einer OP, Impfung etc.						
<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod						<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt						

jetzt dieses Blatt abtrennen

Wird vom Standesamt ausgefüllt!											
Gemeinde-Nr. des Standesamtes											
Register-Nr.											
Vormerk-Liste-Nr.											
<input type="checkbox"/> Erdbestattung						<input type="checkbox"/> Feuerbestattung					

Name des Arztes (in Druckschrift)	Dienststelle/Notarztwagen
Telefon:	

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen

Blatt 1 (blau) -> Standesamt
Blatt 2 (grün) -> Leichenschauarzt
Blatt 3 und 4 (rot) -> Rechtsmedizin/Gesundheitsamt
Blatt 5 (gelb) -> verbleibt bei der Leiche
Blatt 6 (grau) -> Arzt/Ärztin