FREIE UND HANSESTADT HAMBURG
Todesbescheinigung

Wird vom Standesamt ausgefüllt

Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr. _____
 Eingang vorgemerkt, Vormerk-Liste-Nr. _____
 Erdbestattung Feuerbestattung

Personalangaben Zutreffendes ankreuzen!

Geburtsdatum _____
 Name, Vorname _____ ggf. Geburtsname _____
 Straße, Hausnummer _____ Geschlecht
 männlich weiblich
 PLZ, Wohnort, Kreis _____ Geburtsort _____

ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE SEITE ABTRENNEN!

Identifikation

Aufgrund eigener Kenntnis Nach Einsicht in Personalausweis / Reisepass
 nach Angaben von Angehörigen / Dritten nicht möglich

Feststellung des Todes

Sterbeort _____ Straße, Hausnummer (auch Name des Krankenhauses o. ä.) _____
 Auffindungsort (falls Sterbeort nicht bekannt) _____ PLZ, Ort _____
 Sterbezeitpunkt Tag | Monat | Jahr | Uhrzeit Nach eigenen Feststellungen Nach Angaben von Angehörigen / Dritten
 Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar: Tag | Monat | Jahr | Uhrzeit mit Sicherheit schon tot Tag | Monat | Jahr | Uhrzeit
 mit Sicherheit noch gelebt

Zusatzangaben für Totgeborene

Als tote Leibesfrucht geboren in der Geburt verstorben Gewicht der Leibesfrucht _____ Gramm

Todesart

Gibt es Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt? (Selbsttötung, Unglücksfall oder Tod durch äußere Einwirkung, bei der das Verhalten eines Dritten eine Ursache gesetzt haben könnte, Spätod nach Verkehrsunfall, Lungenembolie durch unfallbedingtes Krankenlager etc.)
 nein ja Todesart ungeklärt

Warnhinweise

Liegen Hinweise dafür vor, dass der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit im Sinne des Bundes-Seuchengesetzes erkrankt war? ja nein
 Wenn ja, sind besondere Verhaltensmaßnahmen bei der Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung zu beachten? ja nein
 Herzschriftmacher Sonstiges (z. B. Gefährdung durch Giftstoffe/Chemikalien): _____

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung
 am _____ um _____ Örtlichkeit _____
 bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel und Telefonnummer des Arztes, der die Leichenschau durchgeführt hat.

Standesamt

GU / Z - 50.36/1 - 10.04