

Ärztliche Todesbescheinigung

Der unterzeichnende Arzt hat nach persönlich vorgenommener Untersuchung des entkleideten Leichnams den Tod der nachstehend genannten Person festgestellt:

Name _____

Beruf _____ Konfession _____

geboren am _____

Heimatort _____

wohnhaft in _____

Zivilstand _____

ist am (Tag, Monat, Jahr) * _____ um _____ Uhr

* _____

in der Gemeinde _____ unzweifelhaft gestorben.

Todes-Reg. Nr. _____

Zivilstandsamt

männlich / weiblich

{ unter 1 Monat
1 bis 12 Monate
über 1 Jahr

Beerdigung / Kremation

am _____

in _____

Verfügungen:

Zutreffendes ankreuzen: (siehe Anmerkungen **)

- natürlicher Todesfall (Erdbestattung oder Kremation zulässig)
- nicht-natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Delikt, inkl. Spätfolgen davon)**
- unklarer Todesfall (nicht-natürlicher Tod möglich)**
- Meldung an Polizei oder Staatsanwaltschaft ist erfolgt**

Ort und Datum _____ der behandelnde nach dem Tode beigezogene Arzt
(Stempel und Unterschrift)

Anmerkungen:

- * Falls Tag des Todes bekannt, jedoch nicht exakter Zeitpunkt:
am (Datum): zwischen _____ Uhr und _____ Uhr
Falls Todestag auf max. 4 Tage eingrenzbar: zwischen _____ und _____ (Datum)
Falls Todestag nicht auf 4 Tage eingrenzbar : Auffindung (Datum)

- ** Nach Gesetz müssen aussergewöhnliche, d.h. nicht eindeutig und ausschliesslich natürliche Todesfälle unverzüglich den zuständigen Behörden (Polizei oder Staatsanwaltschaft) gemeldet werden.