

Ärztlicher Behandlungsschein

Familienname/Nachname (unterstreichen) Vorname, ggf. akademischer Grad			
Geschlecht		Tag und Ort der Geburt	
Letzte Wohnanschrift			
stand in der Zeit vom _____ bis _____ wegen _____ in meiner ärztlichen Behandlung und ist (Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> nach Mitteilung desjenigen, der diese Bestätigung verlangt, <input type="checkbox"/> wie ich mich selbst überzeugte <input type="checkbox"/> in meiner Gegenwart verstorben.			
Eingesetzter Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zeit (Tag, Monat, Jahr, Stunde und Minute) sowie Ort ²⁾ des Todes			
1. Todesursache, und zwar in deutscher oder lateinischer wissenschaftlicher Bezeichnung (in Blockschrift)			Zeitdauer zwischen Beginn der Erkrankung und Tod
a) Leiden, welches den Tod oder die zum Tod führende(n) Folgekrankheit(en) verursacht hat			
b) Allfällige Folgekrankheit(en), welche den Tod unmittelbar herbeigeführt hat (haben) (nicht die Art des Todeseintritts wie zB Herz-Kreislaufversagen, Atem- stillstand)			
c) andere wesentliche Leiden, die zur Zeit des Todes bestanden haben			
2. Bei gewaltsamen Todesfällen (Selbstmord, Mord, Todsschlag, Verunglückung) genaue Einzelheiten über Art und Weise sowie Ursache des gewaltsamen Todes			

Ort und Datum

Unterschrift und Stampiglie des behandelnden Arztes bzw der Krankenanstalt