

Ärztliche Todesbescheinigung

Zivilstandsamt.....

Todesregister Jahr..... Nr.

Der unterzeichnete Arzt hat nach persönlich vorgenommener Untersuchung den Tod der nachstehend genannten Person festgestellt.

Name	Vorname(n)
Geburtsdatum	Geschlecht
Heimatstaat/Heimatort	
Wohnadresse	

Todesort (Ort, wo der Tod eingetreten ist)		
Todestag	um	Uhr Minuten
bei unklarer Todeszeit (siehe Anmerkung*)		

Zutreffendes ankreuzen (siehe Anmerkungen)**

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

Ort und Datum:

Der Arzt (Name/Adresse):
(Stempel und Unterschrift)

Anmerkungen

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

** Gemäss § 20 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Aargau (GesG) vom 20.01.2009 sind aussergewöhnliche Todesfälle unverzüglich der Staatsanwaltschaft zu melden.