

## Ärztlicher Behandlungsschein

Vor- und Zuname: .....

Geboren am: ..... in .....

Wohnort: .....

Sterbeort: .....

Sterbezeit: Tag: ..... Stunde: .....

### **Todesursache:**

Die unmittelbar **ZUM TOD FÜHRENDE KRANKHEIT:**

Vorausgegangene, ursächliche **KRANKHEITZUSTÄNDE:**

**ANDERE wesentliche LEIDEN**, die zur Zeit des Todes bestanden haben:

Innsbruck, am .....

.....  
(Unterschrift und Stempel des beh. Arztes)