

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)