

Name	
Datum der Geburt	
Datum des Todes	
Zeit des Todes	
Art des Todes	
religöses Bekenntnis	
im Leben erlittene Krankheiten	
im Leben eingenommene Drogen (insbes. innerhalb der letzten 24 Stunden vor ableben)	
Blutgruppe	
Unterschrift	Datum

Name	
Datum der Geburt	
Datum des Todes	
Option	<input type="checkbox"/> Das Nichts <input type="checkbox"/> Vertretung des Todes
Art des Todes	
religöses Bekenntnis	
im Leben erlittene Krankheiten	
Blutgruppe	
Unterschrift	Datum