



Ärztliche Todesbescheinigung

Die unterzeichnende Ärztin/ der unterzeichnende Arzt ¹⁾ hat nach persönlich vorgenommener Untersuchung des Leichnams den Tod der nachstehend genannten Person festgestellt.

| Tod | |
|---|--|
| Datum und Uhrzeit ¹ des Todes | <input type="checkbox"/> am um Uhr |
| Todesdatum und -zeit eingrenzbar ² | <input type="checkbox"/> zwischen dem um Uhr und dem um Uhr |
| Datum und Uhrzeit der Auffindung der Leiche ³ | <input type="checkbox"/> am um Uhr |
| ¹ Datums- und Zeitangaben sind immer in Ziffern anzugeben: z.B. 04.02.2015; 00:58 ² Sofern der exakte Todeszeitpunkt nicht bekannt ist, dieser aber auf 14 Tage eingrenzbar ist ³ Der Todeszeitpunkt ist nicht feststellbar oder nicht eingrenzbar | |
| Todesort Gemeinde: | |

| Verstorbene Person | |
|---------------------------------------|-------------|
| Familienname (ggf. auch Ledigname) | |
| Vorname(n) | Geschlecht: |
| Geburtsdatum | |
| Bürgerrecht/Staatsangehörigkeit | |
| Zivilstand | |
| Wohnort | |

Weitere Angaben der Ärztin/des Arztes

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Natürlicher Todesfall (Erdbestattung oder Kremation zulässig) |
| <input type="checkbox"/> | Nicht natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Delikt, inkl. Spätfolgen davon)** |
| <input type="checkbox"/> | Unklarer Todesfall (nicht natürlicher Tod möglich)** |
| <input type="checkbox"/> | Meldung an Polizei, Staatsanwaltschaft oder Amtsärztin/Amtsarzt ist erfolgt** |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Zutreffendes ankreuzen |

** nach Gesetz müssen aussergewöhnliche, d.h. nicht eindeutig und ausschliesslich natürliche Todesfälle unverzüglich den zuständigen Behörden (Polizei, Staatsanwaltschaft oder Amtsärztin/Amtsarzt) gemeldet werden.

| Ärztin / Arzt | |
|---------------|---|
| Ort und Datum | Unterschrift der Ärztin/des Arztes (Stempel: Name/Vorname/Adresse) |

Original für das Zivilstandsamt

*) die Ärztin / der Arzt hat die Ausstandsbestimmungen gemäss Art. 89 ZStV zu beachten.

Todesanmeldung

für das zuständige Zivilstandsamt (gemäss Art. 34a lit. b ZStV – s. unten)

(Spitälern, Heimen und vergleichbaren Einrichtungen wird ein separates Formular Todesanmeldung zur Verfügung gestellt)

Weitere Angaben zur verstorbenen Person

Zuletzt ausgeübter Beruf

Stellung im Beruf

1 Selbständig
2 Unselbständig

3 In (überwiegend) ausführender Stellung
4 In (überwiegend) leitender Stellung

Konfession

1 Protestantisch
2 Römisch-katholisch
3 Christkatholisch

4 Andere christliche
5 Israelitisch
6 Islamisch

7 Andere Religion
8 Konfessionslos
9 Keine Angabe

Ehefrau/Ehemann bzw. Partnerin/Partner

Familienname/Vorname(n)
(ggf. auch Ledigname)

Wohnort

Meldende Person (in jedem Fall ausfüllen)

Name / Vorname

Beziehung zur verstorbenen Person

Wohnort

Unterschrift

Einwohnerkontrolle

Zuständige Person

Entgegennahme der Meldung:

Datum

Weiterleitung an das Zivilstandsamt am

Vorab per Fax am:

Unterschrift

Vollmacht an Dritte oder Bestattungsunternehmen zur Anmeldung des Todesfalls

Bevollmächtigte Person/Institution

Adresse und Wohnsitz

Unterschrift
vollmachtgebende Person

Art. 34a ZStV: **Zur Meldung des Todes verpflichtet sind:**

- wenn die Person in einem Spital, in einem Alters- und Pflegeheim oder einer vergleichbaren Einrichtung gestorben ist, die Leitung der Einrichtung; sie kann unter Wahrung der Verantwortung Mitarbeitende mit der Meldung beauftragen;
- wenn die Person nicht in einer Einrichtung nach Buchstabe a gestorben ist, **die Witwe oder der Witwer, die überlebende Partnerin oder der überlebende Partner, die nächstverwandten oder im gleichen Haushalt lebenden Personen sowie jede andere Person, die beim Tod zugegen war oder die Leiche gefunden hat;**
- wenn der Todesfall nicht gemeldet worden ist, jede Behörde, welcher der Todesfall zur Kenntnis kommt.

Hinweise für die meldende Person:

- Der Tod ist dem Zivilstandsamt innert 2 Tagen schriftlich oder durch persönliche Vorsprache zu melden (Art. 35 ZStV)
- Die Rubrik "**Meldende Person**" ist von einer der meldepflichtigen Personen auszufüllen und zu unterschreiben
- Die Meldung kann durch Abgabe bei der **Einwohnerkontrolle** erfolgen. Als Meldetag gilt diesfalls das Datum der Entgegennahme bei der Einwohnerkontrolle. Diese füllt die Rubrik "Einwohnerkontrolle" entsprechend aus und leitet die Todesanmeldung an das Zivilstandsamt weiter.
- Gestützt auf die Unterschrift der **vollmachtgebenden meldepflichtigen Person** kann der Tod durch den **bevollmächtigten Dritten** (z.B. Bestattungsunternehmen) angezeigt werden.



Ärztliche Todesbescheinigung

Die unterzeichnende Ärztin/ der unterzeichnende Arzt¹⁾ hat nach persönlich vorgenommener Untersuchung des Leichnams den Tod der nachstehend genannten Person festgestellt.

| Tod | |
|---|--|
| Datum und Uhrzeit ¹ des Todes | <input type="checkbox"/> am um Uhr |
| Todesdatum und -zeit eingrenzbar ² | <input type="checkbox"/> zwischen dem um Uhr und dem um Uhr |
| Datum und Uhrzeit der Auffindung der Leiche ³ | <input type="checkbox"/> am um Uhr |
| ¹ Datums- und Zeitangaben sind immer in Ziffern anzugeben: z.B. 04.02.2015; 00:58 ² Sofern der exakte Todeszeitpunkt nicht bekannt ist, dieser aber auf 14 Tage eingrenzbar ist ³ Der Todeszeitpunkt ist nicht feststellbar oder nicht eingrenzbar | |
| Todesort Gemeinde: | |

| Verstorbene Person | |
|---------------------------------------|-------------|
| Familienname (ggf. auch Ledigname) | |
| Vorname(n) | Geschlecht: |
| Geburtsdatum | |
| Bürgerrecht/Staatsangehörigkeit | |
| Zivilstand | |
| Wohnort | |

Weitere Angaben der Ärztin/des Arztes

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Natürlicher Todesfall (Erdbestattung oder Kremation zulässig) |
| <input type="checkbox"/> | Nicht natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Delikt, inkl. Spätfolgen davon)** |
| <input type="checkbox"/> | Unklarer Todesfall (nicht natürlicher Tod möglich)** |
| <input type="checkbox"/> | Meldung an Polizei, Staatsanwaltschaft oder Amtsärztin/Amtsarzt ist erfolgt** |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Zutreffendes ankreuzen |

** nach Gesetz müssen aussergewöhnliche, d.h. nicht eindeutig und ausschliesslich natürliche Todesfälle unverzüglich den zuständigen Behörden (Polizei, Staatsanwaltschaft oder Amtsärztin/Amtsarzt) gemeldet werden.

| Ärztin / Arzt | |
|---------------|---|
| Ort und Datum | Unterschrift der Ärztin/des Arztes (Stempel: Name/Vorname/Adresse) |



Ärztliche Todesbescheinigung

Die unterzeichnende Ärztin/ der unterzeichnende Arzt¹⁾ hat nach persönlich vorgenommener Untersuchung des Leichnams den Tod der nachstehend genannten Person festgestellt.

| Tod | |
|---|--|
| Datum und Uhrzeit ¹ des Todes | <input type="checkbox"/> am um Uhr |
| Todesdatum und -zeit eingrenzbar ² | <input type="checkbox"/> zwischen dem um Uhr und dem um Uhr |
| Datum und Uhrzeit der Auffindung der Leiche ³ | <input type="checkbox"/> am um Uhr |
| ¹ Datums- und Zeitangaben sind immer in Ziffern anzugeben: z.B. 04.02.2015; 00:58 ² Sofern der exakte Todeszeitpunkt nicht bekannt ist, dieser aber auf 14 Tage eingrenzbar ist ³ Der Todeszeitpunkt ist nicht feststellbar oder nicht eingrenzbar | |
| Todesort Gemeinde: | |

| Verstorbene Person | |
|---------------------------------------|-------------|
| Familienname (ggf. auch Ledigname) | |
| Vorname(n) | Geschlecht: |
| Geburtsdatum | |
| Bürgerrecht/Staatsangehörigkeit | |
| Zivilstand | |
| Wohnort | |

Weitere Angaben der Ärztin/des Arztes

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Natürlicher Todesfall (Erdbestattung oder Kremation zulässig) |
| <input type="checkbox"/> | Nicht natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Delikt, inkl. Spätfolgen davon)** |
| <input type="checkbox"/> | Unklarer Todesfall (nicht natürlicher Tod möglich)** |
| <input type="checkbox"/> | Meldung an Polizei, Staatsanwaltschaft oder Amtsärztin/Amtsarzt ist erfolgt** |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Zutreffendes ankreuzen |

** nach Gesetz müssen aussergewöhnliche, d.h. nicht eindeutig und ausschliesslich natürliche Todesfälle unverzüglich den zuständigen Behörden (Polizei, Staatsanwaltschaft oder Amtsärztin/Amtsarzt) gemeldet werden.

| Ärztin / Arzt | |
|---------------|---|
| Ort und Datum | Unterschrift der Ärztin/des Arztes (Stempel: Name/Vorname/Adresse) |