

Duplikat!

Jahr _____ Standesamt _____
 Gemeindebezirk To. Mr. Puzyniki Sterberegister-Nr. (vom Standesamt auszufüllen)

Leichenschauschein*)

I. Des Verstorbenen
 (bei Ehefrauen Stand des Mannes, bei Kindern Namen, Stand der Eltern, bei unehelichen Kindern der Mutter angeben)
 (bei Kindern bis zu 5 Jahren angeben, ob ehelich oder unehelich)

Vorname Vincas 899
 Zuname Dubinkas
 Stand _____

II. Wohnort und Wohnung: Wiesbaden - Suslofff. Kaserne

III. Jahr, Monat, Tag und Ort der Geburt des Verstorbenen: 19 19 am ten 17. in Sintautai Litaun

IV. Jahr, Monat, Tag, Stunde und Ort des Ablebens: 19 46 am 12 ten 14. in Wiesbaden
 vor- / nach- / mittags 5⁴⁰ Uhr

V. Name und Wohnort des behandelnden Arztes: in Chir. - Hbt. Städt. Krankenhaus

VI. Jahr, Monat, Tag, Ort und Stunde der Leichenbesichtigung: 19 46 am 12 ten 14. in Wiesbaden
 vor- / nach- / mittags 8⁰⁰ Uhr

VII. Welche untrüglichen Zeichen des Todes sind vorhanden? Kern u. Aneurysmstamm

VIII. Todesursache?
 (bei gewaltsamen Sterbefällen - Selbstmord, Mord, Totschlag, Verunglückung - sind besondere, genaue Einzelangaben erforderlich unter Beachtung des RdErl. des Min. f. Volksw. zugl. i. N. d. Min. d. I. vom 3. Juni 1932 - I M IV 1022/32 u. I e 174).

1. Grundleiden: Lebersteinkocher, unheilbare Typhus
2. Begleitkrankheiten: Nährungen Versicht Brust, Hände
3. Nachfolgende Krankheiten: Oberer Brust, Lebersteine
4. Welches der vorgen. Leiden hat den Tod unmittelbar herbeigeführt?
spanische Grippe und Kreislaufschwäche

festgestellt vom behandelnden - nicht behandelnden - Arzte, laut Angabe der Angehörigen, der sonstigen Umgebung.

IX. Bestehen Anhaltspunkte für vernachlässigte Pflege? Nein

Welche?

CARDED

*) zunächst nach Ausfüllung durch einen approbierten Arzt dem zuständigen Standesbeamten, dann der zuständigen Ortspolizeibehörde vorzulegen.

X. Hat die Behandlung durch eine Person, welche nicht Arzt ist, stattgefunden?

Nein

Name und Wohnort derselben?

XI. Bei Kindbettfieber- oder Wochenbettd? Name der beteiligten Hebamme:

XII. Bei ansteckenden Krankheiten:
a) Tag der Erkrankung:
b) bei meldepflichtigen ansteckenden Krankheiten:
Ist die Meldung der Krankheit erfolgt?
c) Sind Desinfektionsmaßnahmen bereits erfolgt?

Gegebenenfalls: Welche?

XIII. Bei Neugeborenen:
Hat eine Verheimlichung der Geburt stattgefunden?

XIV. Bei Kindern unter 1 Jahr:
a) Art der Ernährung?
(Muttermilch, Ammenmilch, Tiermilch, Zwiemilch, künstl. Ernährung)
b) In fremder Pflege?
c) Sind Anzeichen einer schweren Vernachlässigung vorhanden?

Welche?

XV. Liegen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vor?

Nein

Welche?

S. 1. Seite

XVI. Bestehen Spuren stattgefunder Verletzung? (Zu Ziff. 8 genau angeben!)

ja

XVII. Ist der/die Verstorbene
a) dem ärztlichen Leichenschauer bekannt gewesen?

Ja - Nein

b) von wem wurde die Identität festgestellt?

Angehörige

XVIII. Bemerkungen:
Ist Beschleunigung der Beerdigung nötig?
Wird Überführung in eine Leichenhalle oder in eine andere Ortschaft beantragt?

Nein

Ev. in welche?
usw.

Wiesbaden

12. IX 46. den

IX.

194 6

299

Approbierter Arzt

Dr. Gerb