

# Sterbefall

(Nicht für Totgeborene zu verwenden)

Name des Standesamts: Wien, Innere Stadt, Mariahilf Nummer im Sterberegister: 563/43

Gemeinde des Sterbefalles: Mann Kreis: .....

Wohngemeinde des Verstorbenen: Oberwarth Kreis: .....

Straße und Nr.: Oberwarth 685

|         |
|---------|
| 10908   |
| 10908/4 |

Zutreffendes ist zu unterstreichen!

1. Vor- und Familienname des Verstorbenen: Schwarzer  
oder ob unbenannt verstorben? Heigl

2. Geschlecht: männlich oder weiblich? männl.

3. Sterbetag: 16. Monat: 3. Jahr: 1943

4. Geburtstag: 30. Monat: 10. Jahr: 1899

Für die am ersten Tage nach der Geburt gestorbenen  
Kinder genaue Angabe der Lebensdauer in Stunden: 30/4

5. Familienstand:

a) bei Kindern unter 5 Jahren: ob beim Tode ehelich oder unehelich?

b) bei allen übrigen Personen: ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden,  
Ehe aufgehoben?

c) bei Verheirateten: 1. Tag und Jahr der letzten Eheschließung: 25.3.1920

2. Zahl der in dieser Ehe geborenen Kinder (einschließlich totgeborener  
und legitimierter): 4

3. Geburtstag und -jahr des überlebenden Ehegatten (-gattin): 1900

6. Religiöses Bekenntnis des Verstorbenen: r. Kath.

7. Staatsangehörigkeit: ö. R.

8. a) Beruf des Verstorbenen: Waffenfabrikant

b) Berufsstellung (selbständig, Angestellter, Arbeiter, Beamter des  
öffentlichen Dienstes)?

c) Gewerbe oder Betrieb,  
in dem der Verstorbene tätig war:

Bei ehelichen Kindern unter 14 Jahren sind die entsprechenden Angaben für  
den Vater, bei unehelichen und vaterlosen für die Mutter zu machen.

9. Erfolgte der Tod in einer Anstalt (Entbindungs-, Kranken-, Wohltätig-  
keits-, Fürsorge- oder Gefangenenanstalt usw.)?

Name der Anstalt: .....

10. Todesursache (bei gewaltsamem Tod — auch Selbstmord — Art und Weise  
u. Ursache, bei Unfällen auch, ob Berufs- oder Betriebsunfall):

a) Grundleiden? Infarkt

b) Begleitkrankheiten? .....

c) Nachfolgende Krankheiten? .....

d) Welches der genannten Leiden hat }  
den Tod unmittelbar herbeigeführt? }

11. Ist die Todesursache vom Arzt beglaubigt? ja — nein

Name des Arztes: .....

|      |   |
|------|---|
| 2.   | 1 |
| 3.   | 3 |
| 4.   | 2 |
| 5. a | - |
| 5. b | 2 |

|    |   |
|----|---|
| 6. | 1 |
| 7. | 1 |

|    |   |
|----|---|
| 8. | - |
|----|---|

|     |        |
|-----|--------|
| 9.  | -      |
| 10. | 1774/0 |
| 11. | 1      |

Möglichst genaue Angaben erbeten!

Die stark umrandeten Teile  
sind frei zu lassen!