

1943 (Monat März)

C  
471

# Sterbefall

(Nicht für Totgeborene zu verwenden)

St. 1, 2 Wien, Jüdische Stadt-Bezirk

Name des Standesamts: ..... Nummer im Sterbebuch: 673/43

Gemeinde des Sterbefalles: Wien 8. Kreis: .....

Wohngemeinde des Verstorbenen: Wien 10. Kreis: .....

Straße und Nr.: Levanbingerstr. 98

|         |
|---------|
| 10108   |
| 10108/4 |

1. Vor- und Familienname des Verstorbenen: Maria Fischer

oder ob unbenannt verstorben? geb. Felise

2. Geschlecht: männlich oder weiblich? weibl.

3. Sterbetag: 30. Monat: 3. Jahr: 1943

4. Geburtstag: 12. Monat: 9. Jahr: 1903

Für die am ersten Tage nach der Geburt gestorbenen

Kinder genaue Angabe der Lebensdauer in Stunden: .....

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: .....

2. Zahl der in dieser Ehe geborenen Kinder (einschließlich totgeborener

und legitimer): 1

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

6. Religiöses Bekenntnis des Verstorbenen: yl.

7. Staatsangehörigkeit: ö. R.

8. a) Beruf des Verstorbenen: Lehrer

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.

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

Name der Anstalt: Kunsthospital Wien

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

a) Grundleiden? .....

b) Begleitkrankheiten? .....

c) Nachfolgende Krankheiten? .....

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

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

Name des Arztes: .....

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

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

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

|    |   |
|----|---|
| 9. | — |
|----|---|

|     |                |
|-----|----------------|
| 10. | 1774/10<br>198 |
|-----|----------------|

|     |   |
|-----|---|
| 11. | 1 |
|-----|---|

Die stark umrandeten Teile sind frei zu lassen!

Zutreffendes ist zu unterstreichen!

Möglichst genaue Angaben erbeten!