

# Sterbefall

843

(Nicht für Totgeborene zu verwenden)

Name des Standesamts: SIA. 1/2 Wien, Innere Stadt-Mortuall Nummer im Sterbebuch: 7287/53

Gemeinde des Sterbefalls: Alten 8. Kreis: \_\_\_\_\_

Wohngemeinde des Verstorbenen: Frankfurter Kreis: No 49

Straße und Nr.: Post

10108
10108/4

Zutreffendes ist zu unterstreichen!

1. Vor- und Familienname des Verstorbenen: } Marie Schmal  
oder ob unbenannt verstorben? }

2. Geschlecht: männlich oder weiblich? 2

3. Sterbetag: 30 Monat: 6 Jahr: 53

4. Geburtstag: 18 Monat: 2 Jahr: 1923

Für die am ersten Tage nach der Geburt gestorbenen  
Kinder genaue Angabe der Lebensdauer in Stunden: 26/13

5. Familienstand:

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

b) bei allen übrigen Personen: ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden,  
Ehe aufgehoben? 5.b

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

2. Zahl der in dieser Ehe geborenen Kinder (einschließlich totgeborener  
und legitimer): \_\_\_\_\_

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

6. Religiöses Bekenntnis des Verstorbenen: Kath.

7. Staatsangehörigkeit: Post

8. a) Beruf des Verstorbenen: Handball

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 wasserlosen für die Mutter zu machen.

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

Name der Anstalt: Landesgefängnis - II

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? Unknapter

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

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

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

2
6
1
26/13
5.a
5.b
6.
7.
8.
9.
1774/0
110
10.
11.

Möglichst genaue Angaben erbeten!

Die stark umrandeten Teile  
sind frei zu lassen