

# Sterbefall

(Nicht für Totgeborene zu verwenden)

Name des Ständesaamts: Wien, Innere Stadt - Mariahilf Nummer im Sterbebuch: 560/43

Gemeinde des Sterbefalls: Wien Kreis: .....

Wohngemeinde des Verstorbenen: Wien 21. Kreis: .....

Straße und Nr.: Mullbay. 30/10

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

Zutreffendes ist zu unterstreichen!

1. Vor- und Familienname des Verstorbenen: Antonin Stockinger

oder ob unbenannt verstorben? geb. Kreis

2. Geschlecht: männlich oder weiblich? weibl.

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

4. Geburtstag: 23. Monat: 12. Jahr: 1905

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? 2

b) bei allen übrigen Personen: ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden,  
Ehe aufgehoben? 2

c) bei Verheirateten: 1. Tag und Jahr der letzten Eheschließung: 12. 11. 1927  
2. Zahl der in dieser Ehe geborenen Kinder (einschließlich totgeborener  
und legitimer): 1  
3. Geburtstag und -jahr des überlebenden Ehegatten (-gattin): 2900

6. Religiöses Bekenntnis des Verstorbenen: r. Kath.

7. Staatsangehörigkeit: ö. B.

8. a) Beruf des Verstorbenen: Warenhändler

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-, 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? Lungenentzündung

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    |
| 3    |
| 2    |
| 29/4 |
| 5. a |
| 2    |
| 5. b |
| 01   |
| 6.   |
| 7    |
| 7.   |
| 7    |
| 8.   |
| —    |
| 9.   |
| —    |
| 10.  |
| —    |
| 11.  |
| 1    |

Möglichst genaue Angaben erbeten!

Die stark umrandeten Teile  
sind frei zu lassen!