

Leichenschauschein. Duplikat

Register Nr. Monat *April* Jahr *1920* Wohnort *Eumünde*

Distriktspolizeibehörde *Eumünde* Haus-Nr.
(Straße)

Pfarrei *Eumünde* Standesamtsbezirk *Eumünde*

Familienname: *Forkheimer* Vorname: *Rachel*

Stand oder Beruf: *Wick Weberfrau*

Alter: *54* Jahre Monate
Bei neugeborenen Kindern Tage Stunden
Womöglich ist außer dem Alter zugleich anzugeben:
Tag Monat
Jahr der Geburt

Familienstand:
(ledig, verheiratet, verwitwet)
verheiratet
Bei Kindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahre ist
anzugeben, ob ehelich oder unehelich

Religion: *israel.*

Tag und Stunde des Todes: *9 April 1/2 11 Ab.*


Dauer der Krankheit: *8 Wochen*

Name der Krankheit:
Todesursache: *Provirulöse pernici.*

Nach wessen Angabe?
Name, wenn möglich Unterschrift
des behandelnden Arztes, oder
Name der Hebamme: *Dr. med. Keil*

Tag und Stunde der ersten Leichenschau: *10 April 1/2 11 Mitt.*

3/1/20
66

Tag und Stunde der zweiten Leichenschau: 

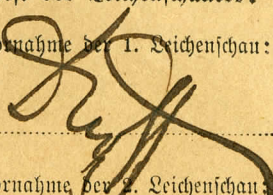
Zulässige Beerdigungszeit: Zwischen ~~10~~ 11 Apr 5 - 8 Uhr

Bemerkungen:

wird in Landenkammer beerdigt

Unterschrift des Leichenschauers:

a) nach Vornahme der 1. Leichenschau:



b) nach Vornahme der 2. Leichenschau: