

Meldung über eine Bestattung



EVANGELISCHE KIRCHE
IN MITTELDEUTSCHLAND

PERSONENDATEN DER/DES VERSTORBENEN:

Familienname:*	_____	Familienname-Zusatz:	_____
Rufname:*	_____	Akademischer Grad:	_____
Vornamen:*	_____	Familienstand:	_____
Geburtsname:	_____	Geburtsort:	_____
Geburtsdatum:*	_____	Geschlecht:*	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> _____
Straße/Haus-Nr.:*	_____		
PLZ / Ort:*	_____	Ortsteil:	_____
Konfession:	<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> ev.-lutherisch <input type="checkbox"/> ev.-reformiert <input type="checkbox"/> französisch-reformiert <input type="checkbox"/> Ev.-methodistisch <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> altkatholisch <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> russisch-orthodox <input type="checkbox"/>		
Taufdatum:	_____	Taufort:	_____
		Taufkirche:	_____

AMTSHANDLUNG:

Sterbedatum:	_____	Sterbeort:	_____
Amtshandlungsdatum:*	_____	Amtshandlungsort:*	_____
Amtshandlungsstätte:	_____	KRO:	_____
		(vom KKA auszufüllen)	
Ausführende(r):	_____		
Amtshandlungsspruch:	_____		
Art der Amtshandlung:	<input type="checkbox"/> Trauerfeier <input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Urnenbeisetzung <input type="checkbox"/> Seebestattung		
(Mehrfachnennung möglich)	<input type="checkbox"/> Waldfriedhof <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
Totgeburt:	<input type="checkbox"/>		
Kirchenbuchnummer:	_____	Bemerkung:	_____

Siegel

Datum

Unterschrift der Pfarrerin/ des Pfarrers

Meldung an die Wohnsitzgemeinde (falls abweichend):

(vom KKA)

am:

Meldung an das Kreiskirchenamt:

(von der Kirchengemeinde)

am:

* Pflichtfelder sind fettgedruckt

Meldung über eine Bestattung

Seite 2



EVANGELISCHE KIRCHE
IN MITTELDEUTSCHLAND

ANGEHÖRIGE: (FREIWILLIGE ANGABEN)

Familienname:*	_____	Familienname-Zusatz:	_____
Vornamen / Rufname:*	_____	Akademischer Grad:	_____
Geburtsname	_____	Geschlecht:*	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> _____
Straße / Haus-Nr.: PLZ /	_____		
Ort:	_____	Ortsteil:	_____
Konfession:	<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> ev.-lutherisch <input type="checkbox"/> ev.-reformiert <input type="checkbox"/> französisch-reformiert <input type="checkbox"/> Ev.-methodistisch		
	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> altkatholisch <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> russisch-orthodox <input type="checkbox"/>		
Verwandtschaftsverhältnis:	_____		

Familienname:*	_____	Familienname-Zusatz:	_____
Vornamen / Rufname:*	_____	Akademischer Grad:	_____
Geburtsname	_____	Geschlecht:*	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> _____
Straße / Haus-Nr.: PLZ /	_____		
Ort:	_____	Ortsteil:	_____
Konfession:	<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> ev.-lutherisch <input type="checkbox"/> ev.-reformiert <input type="checkbox"/> französisch-reformiert <input type="checkbox"/> Ev.-methodistisch		
	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> altkatholisch <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> russisch-orthodox <input type="checkbox"/>		
Verwandtschaftsverhältnis:	_____		

* Pflichtfelder sind fettgedruckt