

Name :		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	Nr.:	
Vorname :		<input type="checkbox"/> ehelich	<input type="checkbox"/> unehelich		
Geburtsname :					
Titel :		Beruf:			
Geburtsdatum :		Konfession :			
Uhrzeit :		Taufdatum :			
Geburtsort :		Taufort :			
		Taufpaten :			

MUTTER		Nr.:	
Name :			
Vorname :			
Geburtsname :			
Geburtsdatum :			
Geburtsort :			
Todesdatum :		Alter:	
Todesort :			
Todesursache :			

VATER		Nr.:	
Name :			
Vorname :			
Geburtsname :			
Geburtsdatum :			
Geburtsort :			
Todesdatum :		Alter:	
Todesort :			
Todesursache :			

EHEPARTNER		Nr.:	
Name :			
Vorname :			
Geburtsname :			
Geburtsdatum :			
Geburtsort :			

Heiratsdatum :	
Hochzeitsort :	
Scheidung:	
Todesdatum :	Alter:
Todesort :	
Todesursache :	

KINDER		
Name	Geburtsdatum	Geburtsort
01.		
02.		
03.		
04.		
05.		
06.		
07.		
08.		
Todesdatum :		letzter Wohnsitz :
Todesort :		Beerdigungsdatum :
Todesursache :		Beerdigungsort :
Alter bei Tod :		