

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 :	

Hochzeitdat. :	
Hochzeitsort :	
Scheidung:	
Todesdatum :	Alter:
Todesort :	
Todesursache :	

KINDER

01. Name :		Geburtstag /-ort:	
02. Name :		Geburtstag /-ort:	
03. Name :		Geburtstag /-ort:	
04. Name :		Geburtstag /-ort:	
05. Name :		Geburtstag /-ort:	
06. Name :		Geburtstag /-ort:	
07. Name :		Geburtstag /-ort:	
08. Name :		Geburtstag /-ort:	
09. Name :		Geburtstag /-ort:	
10. Name :		Geburtstag /-ort:	
Todesdatum :		letzter Wohnsitz :	
Todesort :		Beerdigungsdatum :	
Todesursache :		Beerdigungsort :	
Alter bei Tod :			