

ALLIED - RUSSIAN REPORT OF BURIAL

TM 10-630 AND AR 30-1815

18 May 1945

Volkow, Michael

Unknown

Unknown

Last Name

First Name

Initial

Rank

Serial No.

Unit

Organization

Vic. Hamm, Ger.

15 May 1945

Meningitis

Place of Death

Date of Death

Cause of Death

1040, 18 May 1945

U.S. Mil Cem, Margraten, Holland

VK 645482

Time and Date of Burial

Name of Cemetery

Name or Coordinates of Location

7

Row Number

Plot Number

Wooden Cross

Grave Number

Type of Marker

Disposition of Identification Tags: Buried with body Yes ☐ No ☒ Attached to Marker Yes ☐ No ☒

If No Identification Tags

How were remains identified?

German Death Certificate

What means of identification were buried with the body?

GRS Embossed Plate

To determine Right or Left use Deceased's Right and Left.

Who is buried on:

Deceased's Right:

Turbijew, Unknown Unknown, Unk, Russian PWX 6

Deceased's Left:

Cratschew, Kusma Unknown, Pvt, Russian PWX 8

Signature or Name, Rank and if possible Organization of person furnishing above Data when other than officer reporting burial.

VOLKOW, MICHAEL

(TYPED IN)

Emergency Addressee

Unknown

Address

Religion

Unknown

List only Personal Effects Found on Body and disposition of same:

NONE

EDWIN J. DONOVAN
1st Lt, CMC GRS Officer
611 1st Gr Reg Co

Verified by G.R.S. Officer

Todesbescheinigung

Jahr 194 5

Seitrand!

1. Vor- und Familiennamen: bei Kindern unter 14 Jahren ist Stand und Name der Eltern, bei unehelichen Name und Stand der Mutter anzugeben	Michael Volkow
2. Geschlecht	männlich — weiblich
3. Datum der Geburt	Jahr 1910 Monat ? , Tag ?
4. Tag und Stunde des Todes: (Vormittags d. i. nach Mitternacht bis Mittag) (Nachmittags d. i. nach Mittag bis Mitternacht)	Monat Mai Tag 15. Stunde 1 U. vorm. — U. nachm.
5. Beruf und Stellung im Beruf: bei Ehefrauen: des Mannes, bei Kindern: des Vaters, ev. der Mutter)	Soldat / Russe
6. Wohnung: Straße (bzw. Ortsbezeichnung) und Hausnummer	unbekannt Nr. --
7. Ort des Todes, wenn außerhalb der Wohnung, in welcher Anstalt.	Hamm (Westf.) Teillaz. "Inf.-Kaserne"
8. Tag und Stunde der Leichenbesichtigung.	Tag 15.5.45 Stunde 7 U. vorm. — U. nachm.
9. Todesursache, möglichst genau angeben! Bei gewalttätigen Sterbefällen — Selbstmord, Mord, Totschlag, Verunglückung, sind besondere genaue Einzelangaben erforderlich. Bei Ver- letzungen: Angabe der verletzten Körperstelle. Bei Krankheiten Bezeichnung der befallenen Organe. Allgemeine Bezeichnungen, wie Lungenleiden, Magenkrankheiten, Herzleiden, Lebensschwäche, Krämpfe sind zu vermeiden. Bei Totgeborenen: Dauer der mutmaßlichen Schwangerschaft? War das Kind vor der Geburt tot oder ist es in der Geburt gestorben. a) Vom nichtbehandelnden Arzte festgestellte Todesursachen, oder Angaben der Angehörigen oder der sonstigen Umgebung über die Todesursache, letzte Erkrankung, etwaige Wahr- nehmung dazu: b) Name des behandelnden Arztes? c) welche Zeichen des Todes sind vorhanden?	Grundleiden? Tbc der Lungenspitzen mit miliärer Aussaat Begleitkrankheiten? Meningitis -tuberculosa Nachfolgende Krankheiten? keine Welches der vorgenannten Leiden hat den Tod unmittel- bar herbeigeführt? siehe oben!
10. Sind Anzeichen einer bösartigen epidemischen Krank- heit vorhanden? und welche?	nein
11. Sind Anzeichen eines unnatürlichen Todes vor- handen? und welche?	nein
12. Bei Kindern unter einem Jahr a) Art der Ernährung: b) Ob in fremder Pflege: c) wenn ja, bei wem? d) sind Anzeichen einer schweren Vernachlässigung vorhanden?	a) Muttermilch. Ammenmilch. Tiermilch. sonstige zu b) Nein — Ja zu c) — zu d) Nein — Ja
13. Ist der / die Verstorbene a) von dem unterzeichneten Arzte behandelt worden? b) oder ihm bekannt gewesen? c) ggf. von wem behandelt?	zu a) Ja — Nein zu b) Ja — Nein zu c) —
14. Ist Beschleunigung der Beerdigung erforderlich?	nein
15. Wird Ueberführung in die Leichenhalle beantragt?	ja

Gegen die Beerdigung ^{auch vor} nach Verlauf von 3 × 24 Stunden liegen ärztlicherseits keine Bedenken vor.

Nr. des Sterberegisters
Standesamt:

Hamm (Westf.), den 15. Mai 1945

Unterschrift des Arztes
Stabsarzt
Rückseite beachten!