

Information till Begravningsbyrå/Bårhus

Skall skrivas i 2 ex

Namn: _____ pnr: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Avliden datum: _____ kl. _____

Dödsfall konstaterat av: _____

Dödsorsaksintyg skrivs och skickas in av behandlande läkare.

Namn: _____ Titel: _____

Explosivt implantat ja nej framgår inte borttaget

Obduktion ja nej beslut ej taget

Avvisitering genomförd ja nej

Polis inkopplad ja nej

Smittsam sjukdom ja nej

- anledning att vidta åtgärder

utöver basala hygienrutiner ja nej vid ja – kontakta uppgiftslämnare

Tillhörighet som ska medfölja (smycke eller annat föremål): _____

Anhörig, adress och tfn: _____

Uppgiftslämnare, namn och tfn: _____
