

Socialkontoret
Annicka Pantzar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska**Information till transportör****Undertecknad läkare har konstaterat att nedanstående person har avlidit**

Namn _____

Personnummer _____

Enhetens namn _____

Adress _____

Enhetens telefonnummer _____

Datum _____

Den avlidne ska transporteras till _____**Avvisitering**

Den avlidne är märkt med identitetsband på kroppen _____

Följande föremål finns kvar på den avlidne _____

Följande föremål medföljer den avlidne till bårhus _____

Finns pace maker ja nej Obduktion är aktuell ja nej Smittsam sjukdom föreligger ja nej

Kommentar _____

Dödsorsaksintyg kommer att utfärdas av _____

Läkare lämnar dödsbevis till Lokal SkattemyndighetenNamn _____
Ansvarig läkare Tjänstgöringsadress

Telefon _____ Mobil _____

Blanketten ska medfölja den avlidne, kopia sätts in i omvårdnadsjournalen