

Socialkontoret
Annicka Pantzar
MAS**INFORMATION TILL TRANSPORTÖR****Personuppgifter på den avlidne**

Namn: _____

Personnummer: _____

Enhetens namn/ Särskilt boende: _____

Adress: _____

Enhetens telefonnummer: _____

**Bårtransport företag Politivagn AB ska kontaktas vid transport till bårhus.
Den avlidne ska transporteras till Karolinska Solna**

Om beslut finns angående borttagande av pacemaker eller om obduktion ska genomföras ska bårtransportföretag AISAB kontaktas tfn: 08-123 120 80

Fakturamottagare Bårhusförvaring: Ekerö kommun: Kombikod: 00093001098**Avvisitering**

Avliden, datum och klockslag: _____

- Den avlidne är märkt med identitetsband på kroppen
- Följande föremål finns kvar på den avlidne: _____
- Följande medföljer den avlidne till bårhus: _____

Finns pace maker ja nej Obduktion är aktuell ja nej Smittsam sjukdom föreligger ja nej ej känt **Dödsorsaksintyg samt dödsbevis kommer att utfärdas av den tjänstgörande läkaren som kontaktats i samband med dödsfallet:**

Namn _____ Tjänstgörande läkare _____ Tjänstgöringsadress _____

Telefon _____ Mobil: _____

Underskrift av Tjänstgörande sjuksköterska som genomfört yttre undersökningen av den avlidne där dödsfallet varit förväntat och bilaga 7:2:1 finns förifylld av leg. läkare

Datum _____ Tjänstgörande sjuksköterska, på delegation av leg läkare _____ Telefon/ Mob _____

Blanketten ska medfölja den avlidne, kopia sätts in i omvårdnadsjournalen