

Kommunerna i Kronobergs län

Meddelande till BEGRAVNINGSBYRÅ vid förväntat dödsfall i kommunal hälso- och sjukvård

Den avlidnes namn:

Personnummer:

Enhet:

Ansvarig läkare:

Vårdcentral/läkarmottagning/sjukhus:

Ansvarig sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård:

Telefonnummer:

Uppskattad tid för frånvaro av livstecken (datum/tid):

Dödsundersökning genomförd (datum/tid):

Undersökt av (namn/befattning):

Smitta

Den avlidne har

<input type="checkbox"/> Blodsmitta	<input type="checkbox"/> Tarmsmitta	<input type="checkbox"/> MRSA
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

Implantat

Nej Ja (ange vilket nedan)

<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> ICD	<input type="checkbox"/> ILR	<input type="checkbox"/> Thalamusstim.
<input type="checkbox"/> Ryggmärgsstim.	<input type="checkbox"/> Insulinpump	<input type="checkbox"/> Infusionspump	

Pacemaker borttagen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Personliga värdeföremål medföljer:	<input type="checkbox"/> Ja Vilka:	<input type="checkbox"/> Nej

Datum:

Namnteckning:.....