

Underlag för dödsbevis utfärdat av kommunal sjuksköterska

Meddelande om dödsfall till ansvarig läkare

Den avlidnes personnummer

Den avlidnes namn

--	--

(ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Plats för dödsfallet

--

Datum och klockslag för dödsfallet

Datum och klockslag för undersökning

--	--

(ÅÅÅÅ-MM-DD-HH:MM)

(ÅÅÅÅ-MM-DD-HH:MM)

Pacemaker Ja Nej Annat implantat (ex. defibrillator, nervstimulator) Ja Nej

Om Ja, ange vad

--

Smittfarligt tillstånd (ex. hiv, hepatit, tuberkulos) Ja Nej Om ja, ange vad

--

Beskriv dödsförloppet

--

Hur har den avlidne identifierats?

--

Är anhöriga informerade? Ja Nej Är den avlidne ID-märkt? Ja

Är bårhusblankett skriven? Ja

Sjuksköterska som iakttagit dödstecken

Befattning

--	--

Arbetsplats

Telefonnummer arbetsplats

--	--

Underskrift

Blanketten lämnas snarast till den vårdcentral där patienten är listad.

Obs! Den läkare i Karlstadsregionen som mottar detta dokument måste senast inom två dagar meddela patologavdelningen på CSK, telefon 010-839 11 99, huruvida obduktion ska ske eller inte.

Dödsbevis skickas till Skatteverket senast första vardagen efter dödsfallet.

Vårdvalskontor, Region Värmland, giltig till och med 2027-03-11