

# Underlag för dödsbevis utfärdat av kommunal sjuksköterska

**Gäller för:** Vårdcentralsområde norra Karlstad, Vårdcentralsområde norra Värmland, Vårdcentralsområde södra Karlstad, Vårdcentralsområde västra Värmland, Vårdcentralsområde östra Värmland

## Meddelande till ansvarig läkare från kommunal sjuksköterska

\_\_\_\_\_  
Den avlidnes personnummer  
(ÅÅÅÅ-MM-DD-XXXX)

\_\_\_\_\_  
Den avlidnes namn

\_\_\_\_\_  
Plats för dödsfallet/adress

Pacemaker Ja  Nej

\_\_\_\_\_  
Datum och klockslag för dödsfallet  
(ÅÅ-MM-DD Kl. HH:MM)

\_\_\_\_\_  
Annat implantat (defibrillator, insulin/infusionspump samt nervstimulator) Ja  Nej

\_\_\_\_\_  
Om frågan besvaras med Ja, ange vad

Smittfarligt tillstånd (ex HIV/hepatit/tuberkulos)? Ja  Nej

\_\_\_\_\_  
Om frågan besvaras med 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  
*Texta tydligt*

\_\_\_\_\_  
Befattning

\_\_\_\_\_  
Arbetsplats

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer till arbetsplatsen

\_\_\_\_\_  
Underskrift

Obs! Den läkare i Karlstadsregionen som mottar detta dokument måste senast inom två dagar meddela patologavdelningen på CSK, telefon 054-19 11 99, huruvida obduktion skall ske eller inte.

**Dödsbevis skickas till Skatteverket senast första vardagen efter dödsfallet.**