

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.