Socialförvaltningen

HSL
Blanketter

☐ Läkare Palliativa skriver intyg
☐ Läkare NH skriver intyg
☐ Läkare HC skriver intyg

Information från Tibro kommun om att följande person avlidit

Personnummer: ……

Namn: ……

Patientansvarig läkare: ……

Var någon närvarande i dödsögonblicket?

□ ja, närstående □ ja, närstående och personal □ ja, personal

□ nej □ vet ej

Om inte: Dödsfallet upptäcktes av:

☐ Ssk/Dsk: ……

☐ Anhörig/annan: ……

Datum: ……. Klockslag: ……

Ssk/Dsk som har identifierat den avlidne och biträtt patientansvarig läkare med att utföraundersökning av den avlidne personen:

……

Underskrift *namnförtydligande*

Sjuksköterska/distriktsköterska Tibro kommun

Telenummer till ansvarig Ssk/Dsk: …….

Finns explosivt implantat? ja nej

Övriga upplysningar:

……

……

Transport datum:_____

Personliga saker som ska medfölja kistan, t ex kudde, smycke etc:

_____/ _____

signatur

Blanketten ska omgående faxas till vårdcentral där patient är skriven /listad. Faxad datum:……..Tid:……

av ……

Ett exemplar lämnas/skickas med internpost till avgiftshandläggare