

Remiss Obduktion

Remitterande klinik:	Namn och personnummer:		
Datum:			
Svar ska sändas till:			
Ev. kopiemottagare:	Dödsdatum:		
Kända sjukdomar samt särskild frågeställning:			
Känd smitta: ☐ Nej ☐ Ja Specificera:.....			
Medicinering:			
Yttre besiktning (Hudyta, bindhinnor, hörselgångar, näs- och munhåla): ☐ Utan anmärkning ☐ Med anm. specificera nedan			
Utförlig beskrivning av omständigheter vid dödsfallet: (ex. bevittnat/obevittnat, fyndplats och sjukdomsbild/symtom innan dödsfallet):			
Checklista	Ja	Nej	Läkare, signatur:
ID oklar	☐	☐	Namnförtydligande:
<u>Misstanke om:</u>			
Själv mord	☐	☐	
Olycksfall	☐	☐	
Mord, dråp, dödsmisshandel eller dödshjälp	☐	☐	
Missbruk av alkohol, droger, läkemedel	☐	☐	
Samband med fel/försummelse inom sjukvård	☐	☐	
Framskriden förruttnelse	☐	☐	Tjänsteställe:
Anträffad död utan att tidigare sjukdomsbild kan förklara dödsfallet och det är tveksamt om dödsfallet har naturliga orsaker	☐	☐	Telefonnummer/söknr (OBS! Ej till växel):
Polisanmälan gjord (ska göras om Ja på ngn ovan):	☐	☐	
Ärendet diskuterat med Polisbefäl/Rättsläkare/Annan Specificera:	☐	☐	