

Platsen för dödsfallet/AVD: _____ Datum: _____ Klockslag: _____ Dödsfallet konstaterat av: _____ Avsaknad av vitala parametrar: _____	Den avlidne Namn: Personnr:
--	---

Patientansvarig läkare	Tjänsteställe / Avd	Telefon
------------------------	---------------------	---------

Rättsmedicinsk undersökning (polisnämnan måste då göras) Ja Nej

Smittrisk Ja Vilken? _____ Nej

Klinisk obduktion planeras Ja Nej Oklart

Observera att avdelningen har 5 arbetsdagar på sig att meddela bårhuset om klinisk obduktion ska utföras eller ej.
 Om besked ej lämnas inom 5 arbetsdagar avskrivs fallet som "Ej obduktion" och kroppen kan därmed lämnas ut till begravningsentreprenör eller motsvarande. Behövs längre tid för medicinskt ställningstagande, var god meddela bårhuset enligt nedan.

Pacemaker	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Borttaget <input type="checkbox"/>
ICD	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Borttaget <input type="checkbox"/>
Annat implantat med batteri	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Borttaget <input type="checkbox"/>

BEGÄRAN OM BORTTAGANDE AV EXPLOSIVT INPLANTAT

Begär med detta att explosivt inplantat skall avlägsnas ovanstående patient, på bårhus/obd.avd.

Ort _____ Datum _____ / _____ 20 _____

 Underskrift/Namnförtydligande

Transportansvarig:
