

Blankett

Meddelande från sjuksköterska till begravningsbyrå

Namn på den avlidna	
Personnummer	
Plats för dödsfallet	Hemmet O Vård och omsorgsboende O
Tid för dödsfallet	Datum Klockan:
Behandlande läkare	
Arbetsplats och telefonnummer till behandlande läkare	Arbetsplats Telefonnummer
Den avlidne är avvisiterad	Ja O Nej O
Den avlidne har inplantat	Ja O Nej O
Obduktion begärs	Ja O Nej O Vet ej O

Datum:

.....
Underskrift tjänstgörande sjuksköterska

.....
Namnförtydligande

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska dagtid:.....

Telefon:.....