

Meddelande till begravningsbyrå vid förväntat dödsfall i kommunal hälso- och sjukvård

Den avlidnes namn:	
Personnummer:	

Enhet (särskilt boende eller hemsjukvårdsområde)	
Ansvarig läkare (som utfärdat underlag för VILS)	
Vårdcentral (eller annan ansvarig vårdenhet)	
Patientansvarig sjuksköterska	
Telefonnummer till patientansvarig sjuksköterska:	

Uppskattad tid för frånvaro av livstecken	Datum:	Tid:
Dödsundersökning genomförd	Datum:	Tid:
Dödsundersökning utförd av	Namn:	Befattning:
Telefonnummer (Till ssk som utfört dödsundersökning)		

Explosiva implantat	Smitta
<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> Blodsmitta
<input type="checkbox"/> ICD (implanterbar defibrillator)	<input type="checkbox"/> Tarmsmitta
<input type="checkbox"/> ILR (implanterbar looprecorder)	<input type="checkbox"/> Multiresistent bakterie:
<input type="checkbox"/> Thalamusstimulatorer	<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> Ryggmärgsstimulatorer	<input type="checkbox"/> ESBL
<input type="checkbox"/> Insulinpump	<input type="checkbox"/> ESBL-carba
<input type="checkbox"/> Infusionspump	<input type="checkbox"/> VRE
<input type="checkbox"/> Annat:	<input type="checkbox"/> Annat:

Medföljande värdeföremål:

Datum:

 Signatur: _____
