

Information till Begravningsbyrå/Bårhus

Skall skrivas i 2 exemplar

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Avliden datum: _____ Klockslag: _____

Dödsfall konstaterat av:

Dödsorsaksintyg skrivs och skickas in av behandlande läkare:

Namn och titel: _____

Explosivt implantat: Ja Nej Framgår inte Borttaget

Obduktion: Ja Nej Beslut ej taget

Avvisitering genomförd: Ja Nej

Polis inkopplad: Ja Nej

Smittsam sjukdom: Ja Nej

Anledning att vidta åtgärder utöver basala hygienrutiner: Ja Nej

(Vid ja - kontakta uppgiftslämnare)

Tillhörighet som ska medfölja (smycke eller annat föremål):

Anhörig, adress och telefonnummer:

Uppgiftslämnare, namn och telefonnummer:

MAS Nyköpings kommun

Giltig från 2025-02-13