PRIMÄRVÅRDEN Trollhättans Stad Lilla Edets kommun Vänersborgs kommun

2016-05-10 Bilaga 1

Meddelande till behandlande läkare vid förväntat dödsfall

Avliden Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Behandlande läkare _____

Vårdcentral _____

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska _____

Enhet _____ Telefon _____

Förväntat dödsfall har inträffat:

Datum _____ Klockan _____

Förväntat dödsfall har undersökts:

Datum _____ Klockan _____

Har den avlidne PACEMAKER/annat batteridrivet implantat?

❑ Ja ❑ Nej
Annat batteridrivet implantat ange vad .....

Dödsundersökning utförd av:

Namn _____

Befattning _____

Namnteckning _____

Meddelandet faxas/överlämnas till **behandlande läkare** (alltså **ej** jourcentralsläkare) som ska utfärda dödsbevis och dödsorsaksintyg.

OBS!! Meddelandet ska nå läkaren SENAST första följande vardag!!