

Plats för registreringsetikett
Ifylles av Bårhuset

Kylfack nummer
Ifylles av Bårhuset

Bårhusremiss vid dödsfall

Remitterande enhet

Adress

Postnummer, Ort

Telefonnummer

Personnummer

Namn

Adress

Postnummer, Ort

Kommun att debitera (vid kommunalt ansvar)

Dödsdatum

Klockan

Transport utförd av

Plats för dödsfall

Obduktion

JA

☐

NEJ

☐

OKLART

☐

Misstänkt smitta

☐☐

om **JA**, vilken typ av smitta: _____

Polis kontaktad

☐☐

Explosivt material (ex. pacemaker)

☐☐

OM INGET BESKED ELLER REMISS OM OBDUKTION LÄMNAS **INOM 3 VARDAGAR** SKER UTLÄMNING
AV DEN AVLIDNE!

PERSONLIGA TILLHÖRIGHETER ANSVARAR INTE BÅRHUSET FÖR UTAN TAS OMHAND AV
VÅRDAVDELNING, KOMMUN ELLER POLIS.

Dödsfall intygas

Underskrift

Namnförtydligande

Arbetsplats

Titel

Telefonnummer