



Bårhusmeddelande för ssk inom kommunen

Kopia av denna blankett skall skickas till VC omgående, när ansvarig läkare finns där.

Identitet

Den avlidnes namn		Personnummer
Dödsdatum	Klockslag	Plats för dödsfallet

Implantat, pacemaker, mm (obligatoriska uppgifter)

Explosivt implantat (tex pacemaker)	☐ Ja ☐ Nej	ID band ifylles och fäst runt handleden eller fotled	☐
-------------------------------------	--	--	--------------------------

Övriga upplysningar

Föreligger smittsam sjukdom	☐ Nej ☐ Vet ej ☐ Ja	Vilken
-----------------------------	--	--------------

Intyg om dödsbevis och dödsorsak

Intyg om dödsbevis och dödsorsak kommer att utfärdas av:

Konstaterande ssk

Dödsfallet har konstaterats av:
Leg ssk / enhet

Samtyckesutredning

Hornhinnedonation ☐ Ja ☐ Nej ☐ Anh ej tillfrågad	
☐ Enbart donation	
☐ Även medicinskt ändamål	
Efter tidigare medgivande av den avlidne eller efter medgivande av den avlidnes närstående person:	
Namn	Relation
..... ansvarig läkare / sköterska namnteckning	
Hornhinnebanken ansvarar för medicinsk lämplighet Tel: 019-602 24 18	
Kontraindikationer: *Systematisk virus, svamp, parasitinfektion ej under kontroll *Blodmaligniteter tex Lymfon, leukemi *Neurologiska sjd tex MS, parkinson, demenssjukdomar *Avliden mer än 24 timmar	

Bårhusmeddelandet fästes synligt på filt eller lakan före transporten