

Var dödsbeviset utfärdas (klinik, mottagning etc.
samt adress, telefonnr och ev. telefaxnr) ❶

CAREMA HEMBESÖKSBILAR
Sallerupsvägen 92
212 28 MALMÖ
tel. 040-93 35 10

DÖDSBEVIS

Personuppgifter (efter- och förnamn, adress) ❶❷

Den avlidnes personnummer (12 siffror) ❸

För barn under 7 dygn anges ålder			Dödsdatum		
<input type="checkbox"/> Dödfött	<input type="checkbox"/> Under 24 tim	<input type="checkbox"/> 24 tim t.o.m. 6 dygn	Datum (8 siffror) år, mån, dag		Klockslag (t.ex. 0620)
<input type="checkbox"/> Säkert	<input type="checkbox"/> Sannolikt				
Typ av dödsplats ❹					
<input type="checkbox"/> Sjukhus	<input type="checkbox"/> Sjukhem eller särskilt boende	<input type="checkbox"/> Privat bostad	<input type="checkbox"/> Annan/okänd		
Dödsort ❺			Bar den døde något implantat som kan explodera? ❻		
			<input type="checkbox"/> Ja, och det har avlägsnats	<input type="checkbox"/> Ja, men det har <i>inte</i> avlägsnats	<input type="checkbox"/> Nej
Finns skäl för polisanmälan (yttre påverkan m.m.)?			Har yttre undersökning gjorts?		
datum (8 siffror) år, mån, dag					
<input type="checkbox"/> Ja, <i>polisen skall genast kontaktas</i>	<input type="checkbox"/> Nej (sjukdom)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej, senast undersökt före döden		

UNDERSKRIFT AV UTFÄRDANDE LÄKARE

Ort	Datum (8 siffror) år, mån, dag	Läkarens namnteckning	
Malmö			
Tjänsteställe	Telefonnr (inkl. riktnr)	Namnförtydligande	Befattning
Carema Hembesöksbilar	040-93 35 10		Leg. läkare

Hur man fyller i blanketten

- ❶ För klinik- och personuppgifter kan tydliga avtryck med stämpelbrickor godtas.
- ❷ För dödfött barn eller barn som avlidit inom 28 dygn efter födseln skall inte stämpelbricka användas. Ange kön och eventuellt namn. Ange dessutom moderns personnummer, namn och adress.
- ❸ Den avlidnes personnummer måste fyllas i, även för barn som avlidit inom 28 dygn efter födseln. Ange födelsedatum, om personnummer inte finns.
- ❹ Typ av dödsplats
 - Sjukhus: sjukhus för somatisk eller psykiatrisk korttidsvård
 - Sjukhem eller särskilt boende: innefattar äldreboenden och servicehus med tillgång till vård- och omsorgspersonal, gruppboenden, gruppboenden, institutioner etc.
 - Privat bostad: utesluter sådant eget boende som ingår i föregående kategori.
- ❺ Ange kommun där dödsfallet inträffade eller om dödsplatsen är okänd den kommun där den döda kroppen anträffades.
- ❻ För att tillåta kremering kräver krematorierna regelmässigt att implantat som kan explodera har avlägsnats. Exempel på explosiva implantat är hjärtstimulatorer, defibrillatorer, insulin- och infusionspumpar.

Polismyndighetens TILLSTÅND till gravsättning eller kremering

Polismyndigheten i		Namnteckning
Datum	Dnr	Namnförtydligande

Var dödsorsaksintyget utfärdas (klinik, mottagning etc. samt adress, telefonnr och ev. telefaxnr) ❶

CAREMA HEMBESÖKSBILAR
Sallerupsvägen 92
212 28 MALMÖ
tel. 040-93 35 10

DÖDSORSAKSINTYG

Personuppgifter (efter- och förnamn, adress) ❶❷

Den avlidnes personnummer (12 siffror) ❸

För barn under 7 dygn anges ålder

Dödfött Under 24 tim 24 tim t.o.m. 6 dygn

Dödsdatum

Datum (8 siffror) år, mån, dag Klockslag (t.ex. 0620)

Säkert Sannolikt

Typ av dödsplats ❹

Sjukhus Sjukhem eller särskilt boende Privat bostad Annan/okänd

LÄKARENS UTLÅTANDE OM DÖDSORSAKEN

Intyget ersätter ett tidigare utfärdat

I Det sjukdoms- eller skadeförlopp som lett till döden ❶

Den terminala dödsorsaken var

A

som var en följd av

B

som i sin tur var en följd av

C

som i sin tur var en följd av

D

Ungefärlig debut eller varaktighet

Ungefärlig debut eller varaktighet

Ungefärlig debut eller varaktighet

Ungefärlig debut eller varaktighet

II Andra sjukdomar och skador som bidragit till dödsfallet (ange även ungefärlig debut eller varaktighet) ❷

Dödsorsaksuppgifterna grundas på

Klinisk obduktion ❸ Undersökning före döden Yttre likbesiktning Rättsmedicinsk obduktion Rättsmedicinsk likbesiktning

Opererad inom 4 veckor före döden ❹

Operationsdatum (8 siffror)

Tillstånd som föranledde ingreppet

Ja Nej Uppgift saknas

Vid missbruksrelaterat dödsfall, ange typ av drog/droger ❺

Alkohol Läkemedel Narkotika Annat, ange vad:

Vid skada/förgiftning, ange orsak och eventuell avsikt ❻

Datum för skada/förgiftning

Olycksfall Avsiktligt självtillfogad Avsiktligt tillfogad av annan Oklart om avsikt förelegat

Kort beskrivning av hur skadan/förgiftningen uppkommit ❼

Plats för skadehändelsen ❽

Bostad/bostadsområde Skola, offentlig lokal, institutionsområde Idrotts-/motionsanläggning Gata/väg Lantbruk/industriområde Annan/okänd

Aktivitet vid skadetillfället

Idrott/motion Fritidsverksamhet/lek Förvärsarbete Utbildning Annan/okänd

UNDERSKRIFT AV UTFÄRDANDE LÄKARE

Ort	Datum (8 siffror) år, mån, dag	Läkarens namnteckning
Tjänsteställe	Telefonnr (inkl. riktnr)	Namnförtydligande
		Befattning