

Socialförvaltningen  
Annicka Pantzar  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

**Information till transportör**

**Undertecknad läkare har konstaterat att nedanstående person har avlidit**

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Enhetens namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Enhetens telefonnummer \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Fakturamottagare Bårhusförvaring: Ekerö kommun: **Kombikod: 00093001098**

**Den avlidne ska transporteras till** \_\_\_\_\_

**AVVISITERING**

Den avlidne är märkt med identitetsband på kroppen \_\_\_\_\_

Följande föremål finns kvar på den avlidne \_\_\_\_\_

Följande föremål medföljer den avlidne till bårhus \_\_\_\_\_

Finns pace maker                    ja     nej

Obduktion är aktuell                ja     nej

Smittsam sjukdom föreligger    ja     nej

Kommentar \_\_\_\_\_

Dödsorsaksintyg kommer att utfärdas av \_\_\_\_\_

**Läkare lämnar dödsbevis till Lokal Skattemyndigheten**

Namn \_\_\_\_\_

Ansvarig läkare

\_\_\_\_\_

Tjänstgöringsadress

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

**Blanketten ska medfölja den avlidne, kopia sätts in i omvårdnadsjournalen**