EKERÖ KOMMUN

Bilaga 6:2
Rev. 2023-01-11

INFORMATION TILL TRANSPORTÖR- BÅRHUSREMISS

Bårtransport företag **Ignis AB** ska kontaktas vid transport till bårhus. Den avlidne ska transporteras till **Karolinska Solna,** Telefon: 08-517 745 28

Fakturamottagare Bårhusförvaring: Ekerö kommun: Kombika-kod: 00093001098

Om beslut finns angående borttagande av pacemaker eller om obduktion ska genomföras ska transport ske av AISAB och betalas av regionen.
Balsamering vid anslutningsobduktion, borttagande av pacemaker/explosiva implantat betalas av HSF.

PERSONUPPGIFTER PÅ DEN AVLIDNE

Namn: _____

Personnummer: _____

Enhetens namn/ Särskilt boende: _____

Adress: _____

Enhetens telefonnummer: _____

AV-VISITERING

Avliden, datum och klockslag: _____

□ Den avlidne är märkt med identitetsband på kroppen
□ Följande föremål finns kvar på den avlidne: _____
□ Följande medföljer den avlidne till bårhus: _____

Finns pace maker	ja □	nej □
Obduktion är aktuellt	ja □	nej □
Smittsam sjukdom föreligger	ja □	nej □ ej känt □

Dödsorsaksintyg samt dödsbevis kommer att utfärdas av ansvarig läkare/läkarorganisation Capio Legevisitten.

Ansvarig tjänstgörande läkare som kontaktats vid dödsfallet eller ansvarig läkare som fattat beslut om förväntat dödsfall.

Läkare:_____ Telefon: _____

Underskrift av Tjänstgörande sjuksköterska som genomfört yttre undersökningen av den avlidne.

Datum Tjänstgörande sjuksköterska, på delegation av leg läkare Telefon/ Mobil

_____ _____ _____

Blanketten ska medfölja den avlidne till bårhus, kopia i omvårdnadsjournal