

Dödsfallet konstaterat av:		Uppgifter om den avlidne	
Tjänsteställe och telefonnummer:		Personnr:	
Behandlande läkare:		Namn:	
Tjänsteställe och telefonnummer:		Adress:	
Dödsdatum:	<input type="checkbox"/> Ej obduktion	<input type="checkbox"/> Klinisk obd. planeras	<input type="checkbox"/> Dödsfallet handläggs av polisen.
Platsen för dödsfallet:		Värdesaker har omhändertagits av:	
Explosivt implantat (ex. pacemaker) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan.	Smittsam sjukdom: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad?		
Härmed beställs uttagande av.....efter tidigare medgivande av den avlidne eller efter medgivande av den avlidnes närstående person.			
Underskrift:		Namnförtydligande:	
Transportör till bårhuset:			
<input type="checkbox"/> Länssjukhuset i Kalmar Obduktion och bårhus 391 85 Kalmar Tel: 010-358 12 52	<input type="checkbox"/> Västerviks Sjukhus Bårhus/obduktionsavdelning 593 81 Västervik Tel: 010-358 61 51	<input type="checkbox"/> Oskarshamns Sjukhus Bårhus Box 701 572 28 Oskarshamn Tel: 010-358 21 42	