

Dödsfall - fastställande blankett, Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg

Patient ID _____ Namn _____

Undertecknad har den _____ kl. _____ fastställt att ovanstående patient avlidit.

Dödsdatum _____ kl. _____ (ev. intervall)

Plats för dödsfallet _____

Finns anledning att anta att döden orsakats av annan person? Ja Nej Finns skäl till rättsmedicinsk undersökning?
(Polisen ska då underrättas) Ja Nej Kan tidigare sjukdomsförlopp förklara dödsfallet?
Om nej, överväg rättsmedicinsk undersökning Ja Nej Patienten har pacemaker/ ICD - Implanterbar defibrillator Ja Nej Patienten har cochleaimplantat Ja Nej Patienten har annat implantat Ja Nej

Om Ja vilket _____

Smitta Ja Nej

Om Ja vilken _____

Klinisk obduktion Ja Nej Oklart **Adekvat ifylld obduktionsremiss ska vara obduktionsavdelningen tillhanda inom 5 arbetsdagar. Därefter överlämnas den avlidne till anhöriga/begravningsbyrå.**Anhöriga motsätter sig obduktion Ja Nej Oklart Intyg om dödsorsak kommer att utfärdas av mig * annan läkare

* Om av annan läkare, namn och vart (t.ex. hälsocentral) _____

Ort _____ Datum _____

Tjänstgör inom verksamhet/vårdenhet _____

underskrift

telefon

namnförtydligande/tjänsteställe

Ett exemplar medföljer den avlidne. Om dokumentation i datajournal inte är möjlig, ska ett exemplar bifogas i patientjournalen, (gäller primärvården)**Dödsbevis utfärdas av dig som fastställer dödsfallet. OBS Applicera ifyllt ID-band om höger handled på den avlidne. Se [Dödsfall-Fastställande, Hälso- och sjukvård region Gävleborg](#)**