

Namn: Personnummer: Hemort: Dödsdatum: Tid: Dödsfall konstaterat av: Patientansvarig läkare:		B Å R H U S M E D D E L A N D E	Nej Ja		
			Explosivt implantat	☐ ☐ Pacemaker	
			<i>Önskas borttagande (krav vid kremation) sänd remiss till obduktion</i>	☐ ICD	Inaktiverad av:
				☐ Annat	Ange vilket:
			Närstående saknas	☐ ☐	
Smittsam sjukdom	☐ ☐		Om ja, ange vilken:		
Cytostatikabehandlad inom 7 dagar innan dödsfallet	☐ ☐				
Klinisk obduktion	☐ ☐		Om ja, sänd remiss snarast. Om besked dröjer, lämna rutor tomma.		
Rättsmedicinsk obduktion övervägs	☐ ☐		Om ja, har förundersökningsledare kontaktats? Vem:		
Tillhörigheter (undviks helst)	☐ ☐		Om ja, ange vilka (även patientens egna kläder)		
Plats för dödsfall och patientansvarig enhet					
Sjukhus	Avdelning:				
Hemmet/Boende	Vårdcentral/ Palliativt team:				
Annan plats:	Vårdcentral:				

Meddelande till bårhus/obduktion:

Telefon: **Bårhus/Obduktion: 023 49 23 12**

Fax:

023 49 24 25 E-post:

obduktion.falun@regiondalarna.se