

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 ☐Patienten har pacemaker/ ICD - Implanterbar defibrillator Ja ☐ Nej ☐Patienten har cochleaimplantat Ja ☐ Nej ☐Patienten har annat implanterat 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](#)**