

## Meddelande till bårhuset inför avlämning av avlidne

### Den avlidne

Personnummer (12 siffror)/reservnummer
--

Efternamn	Förnamn
Gatuadress	Postnummer och Ort

### Tidpunkt för fastställande av dödsfallet

Tidpunkt (år mån dag)	Klockslag
-----------------------	-----------

### Identitetsband

Identitetsband är fäst vid hand- och fotled
---

### Uppgifter om den avlidne

Explosivt material/pacemaker	Ja, ska tas bort	Ja, behöver inte tas bort pga. kistbegravning	Oklart	Nej
Radioaktiv aktivitet/strålkälla	Ja	Oklart	Nej	Om ja, är sjukhusfysiker kontaktad? Ja Nej
Smitta	Ja	Oklart	Nej	Om ja, ange smitta:

### Klinisk obduktion

Ja, obduktionsremiss skickas via TakeCare	Närstående är informerad om klinisk obduktion Ja Oklart Nej
Ja, obduktionsremiss i pappersformat medföljer den avlidne till bårhuset	
Oklart. Besked eller obduktionsremiss lämnas senast: Nej	
Datum (år mån dag)	
Observera att läkaren har fem (5) veckodagar på sig att skicka obduktionsremissen till bårhuset. Om tidsgränsen överskrids avskrivs fallet som "Ej obduktion" och kroppen kan därefter lämnas ut. Behövs längre tid för medicinskt ställningstagande, var god meddela bårhuset. Ankomstdatum bårhus = dag noll (0)	

### Omhändertagande (avvisitering)

Medicinsk/-a infart/-er	Ja Oklart Nej	Om ja, ange vilken/vilka infarter:
Protes	Ja Oklart Nej	Om ja: Medföljer Borttagen
Föremål	Inga föremål finns kvar på kroppen	Inga föremål medföljer till bårhuset
Om det av någon anledning lämnas kvar föremål på kroppen eller föremål medföljer den avlidne, ange vilket/vilka föremål det gäller och anledningen till att de lämnats kvar samt vilken eventuell åtgärd som önskas kring detta (t.ex. ska lämnas kvar på kroppen, ska tas bort). Ange:		
Om omhändertagandet utförts av annan än undertecknad, namn		

### Närstående

Närstående är underrättad om dödsfallet Ja Nej	Informationsbladet är överlämnat till närstående Ja Nej	
Ange relation till den närstående	Namn på närstående	Telefon
Närstående saknas enligt uppgiftslämnare	Namn på uppgiftslämnare	Telefon

**Platsen för dödsfallet**

Viktigt att ange korrekt plats för dödsfallet. Uppgiften är utgångspunkt för vem som har kostnadsansvar.

Ordinär boendeform (privat bostad) /Allmän plats	-
Akutsjukhus <u>med</u> eget bårhus	Ange avdelning:
Geriatrik, psykiatri, SPSV, specialiserad rehab	Ange klinik:
Särskild boendeform (SÄBO/LSS) Kommunal aktör Privat aktör Upphandlad aktör (LOU/LOV)	Ange kommun och namn på boende:

**Kombikod för fakturering av bårhusförvaring etc.**

Ange avdelnings/klinikens kombikod respektive kommunens/boendets specifika kombikod för bårhusförvaring. Viktigt att den kombikod som anges nedan är den kombikod som ska debiteras för kostnaden.

Ingen kombikod behöver uppges vid dödsfall i ordinär boendeform (privat bostad) /allmän plats.

Kombikod	
----------	--

**Information till transportören**

Ange till vilket bårhus den avlidne ska transporteras:

Capio Sankt Görans sjukhus	08-587 038 50
Danderyds sjukhus	08-123 560 26
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge	08-585 810 29
Karolinska Universitetssjukhuset Solna	08-517 745 28
Norrtälje sjukhus	08-123 266 49
Södersjukhuset	08-123 64 965
Södertälje sjukhus	08-123 246 39

**Övrigt**

<b>Dödsbevis</b>	
Inskickas till Skatteverket av undertecknad	Inskickas av annan läkare
<b>Dödsorsaksintyg</b>	
Utfärdas av undertecknad	Utfärdas av annan läkare

**Kontaktuppgifter läkare/sjuksköterska som fyllt i blanketten**

Ort och datum	Tjänstetitel
Namnteckning	Tjänsteställe
	Telefon-/mobilnummer
Namnförtydligande	

**Avlämning och inskrivning bårhus**

Tidpunkt (år mån dag)	Klockslag	Placering i fack, nr
Transportörens namn		Namnteckning