

UNDERLAG FÖR KONSTATERANDE AV VÄNTAT DÖDSFALL (*Journalhandling*)

I förekommande fall kan enligt överenskommelse tjänstgörande sjuksköterska fastställa att förväntat dödsfall inträffat.

.....
patientens namn

person nr

.....
adress

Vårdas i hemmet på grund av

.....
sjukdom/annan orsak

Om inget oväntat inträffar i samband med dödsfallet behöver ej obduktion utföras

Patienten har ett implantat (pace-maker, defibrilator, pump, hörapparat e.dyl.) som skall avlägsnas i enlighet med rutiner.

.....
datum

läkarens underskrift/förtydligande

Dokumentet gäller en månad från utfärdandet.

Dödsfallet inträffade

.....
datum

klockslag

Dödsfallet fastställdes

.....
datum

klockslag

av

.....
sjuksköterskans underskrift/förtydligande

Identitetskontroll och markering gjord

.....
Signatur

Anhörig meddelad av

.....
namn

Ev särskild iakttagelse:
.....
.....

Denna blankett överlämnad till ansvarig läkare

.....
datum

läkarens underskrift

