

Nordöstra Skånes Sjukvårdsdistrikt



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, hörrapparat 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