

Karta stwierdzenia zgonu Nr /2013

ZGŁOSZENIE (wypełnia dyspozytor medyczny przyjmujący zgłoszenie):

DATA PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA: Rok miesiąc: dzień: godzina: minuta:

Nazwisko i imię policjanta zgłaszającego potrzebę stwierdzenia zgonu:

..... nr służbowy:.....

Nazwisko i imię dyspozytora medycznego przyjmującego zgłoszenie :

Oświadczenie przyjmującego zgłoszenie:

Oświadczam, że przed przyjęciem zgłoszenia do stwierdzenia zgonu, telefonicznie uzyskałem/uzyskałam zapewnienie zgłaszającego o wykonaniu czynności mających na celu ustalenie rodziny i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie.

Podpis dyspozytora przyjmującego zgłoszenie:.....

STWIERDZENIE ZGONU (wypełnia lekarz realizujący zlecenie):

DATA PRZYJAZDU NA MIEJSCE: Rok..... miesiąc: dzień:godzina: minuta:

Imię i Nazwisko zmarłego:.....

Miejsce zamieszkania zmarłego:.....

Miejsce zgonu:.....

..... (adres lub opis miejsca zgonu)

Nazwisko i imię lekarza stwierdzającego zgon:.....

Oświadczenie stwierdzającego zgon:

Oświadczam, że stwierdziłam/stwierdziłem zgon i wystawiłam/wystawiłem kartę zgonu/ skierowanie do Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego osoby, której dane zamieściłam/zamieściłem powyżej.

Podpis i pieczęć lekarza stwierdzającego zgon:.....

Dane funkcjonariusza Policji obecnego przy podejmowanych czynnościach (wypełnia

lekarz realizujący zlecenie pod podpis policjanta):

Nazwisko i imię policjanta uczestniczącego w czynnościach na miejscu zgonu:

..... nr służbowy:.....

Oświadczenie:

Oświadczam, że pomimo podjętych czynności służbowych nie byłem/byłam w stanie ustalić danych rodziny i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego zmarłego w ostatniej chorobie.

Podpis policjanta uczestniczącego w czynnościach na miejscu zgonu:.....