|  |
| --- |
| 1. **Personuppgifter på den avlidne**  * **Namn:** Klicka eller tryck här för att ange text. * **Personnr:** Klicka eller tryck här för att ange text. * **Adress:** Klicka eller tryck här för att ange text. * **Postnr:** Klicka eller tryck här för att ange text. * **Postadress:** Klicka eller tryck här för att ange text. |
| 1. **Den avlidne transporteras från boende/verksamhet:** Klicka eller tryck här för att ange text. |
| 1. **Klinisk obduktion** Nej,inte aktuell  Ja,e-remiss skickad Oklart, besked lämnas senast: |
| * **4a. Fakturamottagare för bårhusplats** * **Boende/Verksamhet:  Adress (ex c/o BGC XXX**: Klicka eller tryck här för att ange text. * **Postnr:** Klicka eller tryck här för att ange text. * **Postadress:** Klicka eller tryck här för att ange text. * **Tel nr:** Klicka eller tryck här för att ange text. * **Kombikakod:** Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **4b. Fakturamottagare för bårhusplats i samband med obduktion, borttagande av pacemaker   eller annat explosivt/radioaktivt material**  **Hälso- och sjukvårdsförvaltningen** |
| 1. **Omhändertagande, den avlidne kommer att transporteras till:**   Klicka eller tryck här för att ange text. |
| 1. **Uppgifter om den avlidne**   **Dödsdatum:** Klicka eller tryck här för att ange text.  Risk för smittsam sjukdom Ja  Nej  Ej känt  Har den avlidne pacemaker/annat explosivt implantat Ja  Nej  Radioaktiv aktivitet/strålkälla Ja  Nej  Ej känt  Identitetsband är fäst vid den avlidnes hand- och fotled  Avvisitering av kroppen har gjorts.  Följande föremål finns kvar på kroppen: Klicka eller tryck här för att ange text.  Den avlidne har medicinska infarter Om ja, ange vilken/vilka infarter: Klicka eller tryck här för att ange text.  Den avlidne har protes. Om ja: Medföljer  Borttagen |
| 1. **Remittent**  * Patientansvarig läkare:Klicka eller tryck här för att ange text. * Telefon/mobil:Klicka eller tryck här för att ange text. * Läkarföretag: Klicka eller tryck här för att ange text. * Ort:Klicka eller tryck här för att ange text. * Datum:Klicka eller tryck här för att ange text. * **Underskrift av den som fyllt i blanketten:**   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   1. **Transport**   **Atlas AB:** 08–36 59 36 Journummer (dygnet runt)  Vid beslut om obduktion, borttagande av pacemaker eller annat explosivt material samt balsamering är det AISAB som utför bårtransporten.  **AISAB:** 08-123 12 080. |