|  |
| --- |
| 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. |