|  |
| --- |
| 1. **Personuppgifter på den avlidne**

**Namn: Personnr:** **Adress:** **Postnr: Postadress:**  |
| 1. **Den avlidne transporteras från boende/verksamhet:**
 |
| 1. **Klinisk obduktion [ ]** Nej, inte aktuellt [ ]  Ja, e-remiss skickad
 |
|  **4a. Fakturamottagare för bårhusplats****[ ]**  **Boende/Verksamhet: Adress (ex c/o BGC XXX**:  **Postnr: Postadress:** **Tel nr: Kombikakod:**  |
|  **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:**
 |
| 1. **Uppgifter om den avlidne**

**Dödsdatum:** Risk för smittsam sjukdom Ja [ ]  Nej [ ]  Ej känt [ ] Har den avlidne pacemaker/annat explosivt implantat Ja [ ]  Nej [ ]  **[ ]** Identitetsband är fäst vid den avlidne och på eventuell klädsel: **[ ]** Avvisitering av kroppen har gjorts. **[ ]** Följande föremål finns kvar på kroppen: **[ ]** Den avlidne har medicinska infarter  |
| 1. **Remittent**

Patientansvarig läkare: Telefon/mobil:Läkarföretag: Ort: Datum: Underskrift av den som beställt transporten: |
| 1. **Transport**

**Fonus:** 08–30 01 64 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. |