|  |
| --- |
| 1. **Personuppgifter på den avlidne**   **Namn:** Klicka här för att ange text. **Personnr:** Klicka här för att ange text.  **Adress:** Klicka här för att ange text.  **Postnr:** Klicka här för att ange text.**Postadress:** Klicka här för att ange text. |
| 1. **Den avlidne transporteras från boende/verksamhet:**   Klicka här för att ange text. |
| 1. **Klinisk obduktion** Nej, inte aktuellt  Ja, e-remiss skickad |
| **4a. Fakturamottagare för bårhusplats**  **Boende/Verksamhet:** Klicka här för att ange text. **Adress (ex c/o BGC XXX**: Klicka här för att ange text.  **Postnr:** Klicka här för att ange text. **Postadress:** Klicka här för att ange text. **Tel nr:** Klicka här för att ange text. **Kombikakod:** Klicka 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 här för att ange text. |
| 1. **Uppgifter om den avlidne**   **Dödsdatum:** Klicka här för att ange text.  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: Klicka här för att ange text.  Den avlidne har medicinska infarter |
| 1. **Remittent**   Patientansvarig läkare:Klicka här för att ange text. Telefon/mobil:Klicka här för att ange text.  Läkarföretag: Klicka här för att ange text.Ort: Klicka här för att ange text.  Datum: Klicka här för att ange text. Underskrift av den som beställt transporten:Klicka här för att ange text. |
| 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. |