|  |
| --- |
| 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. |