|  |
| --- |
| **Kvittens avseende bårtransport****Namn på den avlidne:** Klicka här för att ange text.**Personnr:** Klicka här för att ange text.**Adress till boendet:** Klicka här för att ange text. **Postnr:** Klicka här för att ange text.**Postadress:** Klicka här för att ange text.**Beställare av transport****Sjuksköterskas namn:** Klicka här för att ange text. |
| **Bårhus den avliden transporteras till:**Klicka här för att ange text. |
| **Transportören****Transport utfört av****[ ]** FONUS **[ ]** AISABOrt: Datum: Underskrift: **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. Telefon: **08-123 12 080**. |