|  |
| --- |
| Kvittens avseende bårtransport**Namn på den avlidne:** **Personnr:** **Adress till boendet: Postnr:** **Postadress:** **Beställare av transport****Sjuksköterskas namn:**  |
| **Bårhus den avliden transporteras till:** |
| **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**. |