

Vorm

PATOANATOOMILISE LAHANGU SAATEKIRI NR

Patoloogiaosakonna/surnukambri nimi: _____

Aadress: _____

SAATJA tervishoiuasutus: _____

Kood

--	--	--	--	--

Osakond: _____

Arsti ees- ja perekonnanimi: _____

Reg tõendi nr

--	--	--	--	--	--	--

Aadress: _____

Telefon: _____

e-post: _____

Saatekirja vormistaja: _____

Telefon: _____

Saatekirja vormistamise kuupäev: _____

Allkiri: _____

SURNU

Ees- ja perekonnanimi: _____

Isikukood:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sünniaeg: _____

Vanus: _____

Sugu: M

N

Elukoht: _____

KLIINILISED ANDMED

Surmakoht: *raviasutuse osakond, kodu (aadress), muu* _____

Surma kuupäev: _____

Kellaeg: _____

Kliiniline diagnoos/põhihaigus: _____

Operatsioonid: _____

Tähtsamad andmed haigusloost/tervisekaardist/surma asjaolud: _____

Haiglas viibimise aeg: _____

Haigusloo number: _____

Erisoovid: _____

ANDMED SURNU OMASTE KOHTA

Surmast teavitatud isiku nimi: _____

Kuupäev: _____

Telefon: _____

Surnu küljes on **värtesemed**: _____

Kaasas on **dokumendid**: _____

Soov osaleda lahangul jah

ei

Teatamise telefon: _____

Väljastatud arstlik surmatõend nr: _____

Kuupäev: _____