

Haláleset utáni orvosi jelentés

Kizárólag az elhunyt háziorvosa töltheti ki!

Kötvényszám: _____

Az elhunyt neve:	_____
Lakhelye:	_____ helység _____ kerület _____ utca _____ szám
Anyja neve:	_____
Születési ideje, helye:	_____ év _____ hó _____ nap Helye: _____

Kérjük az alábbi kérdések megválaszolását:

1. A halál ideje, helye:	_____ év _____ hó _____ nap Helye: _____
2. Milyen betegség / baleset közvetett vagy közvetlen következménye volt a haláleset?	_____
3. A halált okozó betegségen kívül fennállt-e olyan idült vagy heveny megbetegedés, melynek a halál bekövetkezésében tényleges szerepe volt? A keringési, légző-, vérképző stb. szervek betegségei:	_____
4. A 2. pont alatti betegség mikor kezdődött?	_____ év _____ hó _____ nap
A 3. pontban említett betegség mikor kezdődött?	_____ év _____ hó _____ nap
5. Az elhunyt mikortól állt beteg (táppénzes) állományban, illetve rokkantnyugdíjban?	Betegállomány: _____ év _____ hó _____ nap Rokkantnyugdíj: _____ év _____ hó _____ nap
6. Mióta háziorvosa Ön az elhunytak?	_____ év _____ hó _____ nap
7. Korábban mikor, milyen betegségekkel kezelte Ön az elhunytat?	_____ év _____ hó _____ nap betegség: _____ _____ év _____ hó _____ nap betegség: _____ _____ év _____ hó _____ nap betegség: _____
8. Amennyiben az elhunyt az előző 5 évben kórházi kezelésben részesült, kérjük a diagnózis, az ápolási idő és a kórház nevének közlését.	Kórház, intézet: _____ év _____ hó _____ naptól _____ napig Diagnózis: _____ Kórház, intézet: _____ év _____ hó _____ naptól _____ napig Diagnózis: _____ Kórház, intézet: _____ év _____ hó _____ naptól _____ napig Diagnózis: _____

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap _____

Orvos aláírása és pecsétje