

# 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?<br>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: _____<br>_____ év _____ hó _____ nap betegség: _____<br>_____ 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<br>Diagnózis: _____<br>Kórház, intézet: _____ év _____ hó _____ naptól _____ napig<br>Diagnózis: _____<br>Kórház, intézet: _____ év _____ hó _____ naptól _____ napig<br>Diagnózis: _____ |

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_

Orvos aláírása és pecsétje