

Plats för registreringsetikett  
Ifylles av Bårhuset

Kylfack nummer  
Ifylles av Bårhuset

## Bårhusremiss vid dödsfall

Remitterande enhet

Adress

Postnummer, Ort

Telefonnummer

Personnummer

Namn

Adress

Postnummer, Ort

Kommun att debitera (vid kommunalt ansvar)

Dödsdatum

Klockan

Transport utförd av

Plats för dödsfall

JA NEJ

Obduktion

Misstänkt smitta

om **JA**, vilken typ av smitta: \_\_\_\_\_

Polis kontaktad

Explosivt material (ex. pacemaker)

OM INGET BESKED ELLER REMISS OM OBDUKTION LÄMNAS **INOM 3 VARDAGAR** SKER UTLÄMNING  
AV DEN AVLIDNE!

PERSONLIGA TILLHÖRIGHETER ANSVARAR INTE BÅRHUSET FÖR UTAN TAS OMHAND AV  
VÅRDAVDELNING, KOMMUN ELLER POLIS.

**Dödsfall intygas**

Underskrift

Namnförtydligande

Arbetsplats

Titel

Telefonnummer