



Dödsbevis

Ingivare

Uppgifter om den avlidne

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Adress

Postnummer

Postort

Typ av anmälan

Dödsdatum

Anträffad död

Dödsort

Dödsplats

Barn avlidit inom 28 dygn

Har den avlidne implantat som kan explodera?

Om ja, har implantat avlägsnats?

Finns skäl till polisanmälan?

Har yttre undersökning gjorts?

Identitet styrkt genom

Var dödsbeviset utfärdats

Klinik/mottagning

Adress

Postnummer

Postort

Underskrift av utfärdande läkare

Tjänsteställe

Telefonnummer

E-postadress

Ort

Datum

Läkarkod

Befattning

Signerat av

**Denna kopia överensstämmer med
handling som förvaras hos Skatteverket**

Simon Mattsson

Servicehandläggare

