



BESTÄLLNING AV BÅRTRANSPORT  
SOS ALARM TEL : 08 – 454 21 45

## TRANSPORT AV AVLIDEN

### INFORMATION TILL TRANSPORTTJÄNSTEN OCH BÅRHUSPERSONAL

Den avlidnes namn: .....

Personnummer: ..... Avliden..... KI.....

Adress: .....

Postadress: .....

### DEN AVLIDNE SKALL TRANSPORTERAS

Till Bårhuset: .....

#### Uppgifter inför eventuell balsamering/kremering

Risk för smittsam sjukdom Ja  Nej

Bar den avlidne pacemaker Ja  Nej

Om ja, har den tagits bort Ja  Nej

#### Klinisk obduktion

Inte aktuell

Remiss bifogas

Oklart, besked senast .....

Remiss utfärdad av .....

### DÖDSBEVIS UTFÄRDAS AV

Läkare.....

Adress.....

Telefon..... Mobil.....

Datum.....

Underskrift.....

Namnförtydligande

Övrigt.....