

KARTA IDENTYFIKUJĄCA - ZGON POZA SZPITALEM

Imię i nazwisko.....Wiek.....
PESEL.....

Nazwa Kliniki/Oddziału/ AdresSzpitala/Telefon:.....
.....
.....
.....

Nazwa i adres firmy pogrzebowej dokonującej przewozu zwłok.....
.....
.....

Data i godzina zgonu:.....

Zwłoki dostarczone w celu*: przechowania do czasu pochówku/ wykonania sekcji zwłok

Przy zwłokach pozostawiono:.....
.....
.....

Data, podpis i pieczętka osoby sporządzającej dokumentację i dokonującej oznaczenia zwłok:

.....

*niewłaściwe skreślić