

KARTA STWIERDZENIA ZGONU

STWIERDZENIE ZGONU (wypełnia lekarz realizujący zlecenie):

Data przyjazdu lekarza na miejsce:

Rok..... miesiąc: dzień: godzina: minuta:

Nazwisko i imię zmarłego:.....

Miejsce zamieszkania zmarłego:.....

Miejsce ujawnienia zwłok:.....

(adres lub opis miejsca)

Nazwisko i imię lekarza stwierdzającego zgon:

Oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon:

*Oświadczam, że stwierdziłem/(-am) zgon i *nie wystawiłem/(-am) kartę zgonu osoby, której dane zamieściłem/(-am) powyżej.*

* niepotrzebne skreślić

Podpis i pieczęć lekarza stwierdzającego zgon:

ZGŁOSZENIE (wypełnia funkcjonariusz Policji/Prokurator przekazujący zgłoszenie lekarzowi):

Data przekazania zgłoszenia lekarzowi:

Rok miesiąc: dzień: godzina: minuta:

Nazwisko i imię funkcjonariusza Policji/Prokuratora przekazującego zgłoszenie:

Nr służbowy funkcjonariusza:.....

Oświadczenie funkcjonariusza Policji/Prokuratora przekazującego zgłoszenie:

Oświadczam, że przed wykonaniem zgłoszenia do lekarza w sprawie stwierdzenia zgonu, wykonałem/(-am) niezbędne czynności mające na celu ustalenie rodziny i lekarza leczącego zmarłego w ostatniej chorobie lub lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad rejonem/terenem, w którym znajdują się zwłoki, odpowiadających za stwierdzenie zgonu.

Godzina zgłoszenia

Nazwa, adres i telefon zakładu opieki zdrowotnej, z którym kontaktował się funkcjonariusz Policji/Prokurator lub członek rodziny:

Przyczyna odmowy stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz wystawienia karty zgonu przez ustalonego lekarza:

Podpis czytelny funkcjonariusza Policji/Prokuratora przekazującego zgłoszenie:

Otrzymują:

1. Starostwo Powiatowe w Giżycku
2. Wykonawca
3. Policja/Prokuratura – a/a