

KARTA SKIEROWANIA ZWŁOK DO CHŁODNI

 W. K. Roentgena 5

 Wawelska 15

Komórka organizacyjna NIO-PIB

Wzweźlnia pielęgniarzka	Imię i nazwisko osoby zmarłej				PID	
	PESEL / w przypadku braku nr PESEL – seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość				Data zgonu	
	Zwłoki przygotowane i oznakowano zgodnie z procedurą <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				Godzina zgonu	
	Zwłoki przygotowane i oznakowano zgodnie z procedurą <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				Uwagi	
	Przekazano osobom upoważnionym informację o postępowaniu ze zwłokami				<input type="checkbox"/> pozostały małżonek <input type="checkbox"/> krewny zstępny <input type="checkbox"/> krewny wstępny <input type="checkbox"/> krewni boczni do IV stopnia <input type="checkbox"/> powinowaci w linii prostej do I stopnia <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> instytucja	
	Data i godzina skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni dzień miesiąc rok godzina				Rzeczy wartościowe <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (wpisać jakie)	
	Oznaczenie* lekarza stwierdzającego zgon				Oznaczenie* pielęgniarzki sporządzającej kartę	
Data i godzina, pieczętka oraz podpis potwierdzający przyjęcie zwłok osoby zmarłej do chłodni				Data i godzina, pieczętka Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej (do transportu) zwłoki osoby zmarłej		

*oznaczenie: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu i podpis.

Potwierdzenie odbioru zwłok		Imię i nazwisko osoby zmarłej	PID	
Wzweźlnia nracownik Prosektorium	Imię i nazwisko osoby odbierającej		Data i godzina odbioru	
	Stopień pokrewieństwa osoby odbierającej	<input type="checkbox"/> pozostały małżonek <input type="checkbox"/> krewny zstępny <input type="checkbox"/> krewny wstępny <input type="checkbox"/> krewni boczni do IV stopnia <input type="checkbox"/> powinowaci w linii prostej do I stopnia <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> instytucja	Zwrot rzeczy wartościowych <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (wpisać jakie)	
	PESEL / w przypadku braku nr PESEL – seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby odbierającej		czytelny podpis osoby odbierającej	
	Uwagi		czytelny podpis osoby wydającej	