

KARTA ZGŁOSZENIA ZGONU

ZGŁOSZENIE ZGONU (wypełnia pielęgniarka dyżurna oddziału)

Data i godzina
zgłoszenia

.....

Imię i nazwisko
osoby zgłaszającej

.....

Wypełnia lekarz

Data i godzina
przyjazdu na
miejsce

.....

Imię i nazwisko
zmarłego

.....

Miejsce zgonu
(adres lub opis
miejsca zgonu)

.....
.....

OŚWIADCZENIE LEKARZA STWIERDZAJĄCEGO ZGON

Oświadczam, że stwierdziłem/stwierdziłam zgon i wystawiłem/wystawiłam kartę zgonu osoby, której dane umieściłem powyżej.

Pieczętka i podpis lekarza