

Prohlášení lékaře úmrtí

Jméno:	Příjmení	
2. Datum narození:	Rodné číslo	
.....		
5. Datum úmrtí(den, měsíc, rok):	čas úmrtí (hh :mm) :	
Příčina smrti		
Nemoc (stav), který(á) přímo vedl(a) ke smrti (bezprostřední příčina smrti), KÓD MKN		
Došlo k úmrtí z důvodu nemoci nebo nehody?		
Došlo k úmrtí v důsledku vraždy nebo sebevraždy? Pokud ano, uveďte okolnosti:		
Byl zemřelý v době smrti pod vlivem alkoholu? Pokud ano, uveďte promile alkoholu v krvi:		
Je podezření, že se jedná o úmrtí v souvislosti s užitím nebo užíváním nelegálních návykových látek?		
Byla provedena pitva?		
Vypište všechny nemoci, na které se zemřelý léčil:	KÓD MKN	
Zdravotní zařízení/lékař (název/jméno, adresa, tel. kontakt)		
Podepsáno v:	Dne:	Razítko a podpis lékaře