

DOKUMENT STWIERDZENIA ZGONU

I. Stwierdzenie zgonu (wypełnia lekarz realizujący zlecenie)

1.	DATA PRZYJAZDU LEKARZA NA MIEJSCE				
	rok	miesiąc	dzień	godzina	minuta

2.	IMIĘ I NAZWISKO ZMARŁEGO				
				
3.	MIEJSCE ZAMIESZKANIA ZMARŁEGO				
				
4.	MIEJSCE UJAWNIENIA ZWŁOK (adres lub opis miejsca)				
				

II. OŚWIADCZENIE FUNKCJONARIUSZA POLICJI /STRAŻY MIEJSKIEJ OBECNEGO PRZY STWIERDZANIU ZGONU*:

Oświadczam, że wykonałem /wykonałam wszelkie niezbędne czynności służbowe mające na celu ustalenie lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń lekarskich.

.....
Podpis funkcjonariusza

.....
Nr służbowy funkcjonariusza

III. OŚWIADCZENIE LEKARZA STWIERDZAJĄCEGO ZGON

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

.....
podpis lekarza

* o ile jest obecny przy zwłokach, w momencie dotarcia na miejsce lekarza realizującego zlecenie