KARTA SKIEROWANIA ZWŁOK DO CHŁODNI

Szpital Murcki Sp. z o.o. w Katowicach

pieczątka oddziału

Imię i nazwisko osoby zmarłej

……………………………………………………………………….

Pesel osoby zmarłej

……………………………………………………………………….

(w przypadku braku PESEL — serię i nr dokumentu tożsamości )

Data i godzina zgonu

……………………………………………………………………….

Godzina wydania zwłok przez Szpital Murcki Sp. z o.o.

……………………………………………………………………….

Godzina przyjęcia zwłok do chłodni

……………………………………………………………………….

Imię i nazwisko pielęgniarki wypełniającej kartę

……………………………………………………………………….

Przekazane rzeczy wartościowe/ bez rzeczy wartościowych\*

Jeżeli tak, jakie

……………………………………………………………………….



|  |  |
| --- | --- |
| Oddział Data Potwierdzenie odbioru zwłokIlość prześcieradeł/podkładów  | Podpis PielęgniarkiPieczątka i Podpis |

Pieczątka i Podpis

  niepotrzebne skreślić

Kartę wypełnia się czytelnie i w trzech egzemplarzach