

PERINATÁLIS HALOTTVIZSGÁLATI BIZONYÍTVÁNY

Anyakönyvi azonosító:	Eseményazonosító: H L E -	- 2 0	Az anyakönyvvezető tölti ki!
-----------------------	----------------------------------	--------------	-------------------------------------

1. Az elhalt családi és utóneve: _____

2. Születési helye: _____ 3. Anyja neve: _____

4. Neme: fiú (1) – leány (2), születési időpontja:

neme	év	hó	nap	óra	perc

5. A hozzátartozó (temetést) intéző neve: _____ 6. Lakcíme, irányítószáma: _____ 7. Közelebbi megjelölése: _____

8. Halálozás helye: _____ 9. időpontja:

év	hó	nap

 10. Közelebbi megjelölése: _____

11. Kezelőorvos neve: _____ 12. Beosztása és munkahelye (rendelője, osztálya) címe: _____

13. A halottvizsgálatot végző orvos neve: _____ 14. Beosztása és munkahelye (rendelője, osztálya) címe: _____

15. Kórbonctani vizsgálatot: nem tart szükségesnek – szükségesnek tart – hatósági eljárást tart szükségesnek *(A kívánt választ aláhúzó!)*

16. A vizsgálat (eljárás) indoka és egyéb megjegyzések: _____

17. Kiállítás kelte:

év	hó	nap

 _____ a halottvizsgálatot végző orvos aláírása

18. A halottasházba szállítás időpontja: _____ 19. Az eltemetésre engedélyezett idő:

év	hó	nap

 P.H. _____

20. A rendőrhatalósági szemlebizottság, az egészségügyi igazgatási szerv megjegyzése: _____

21. A halál okát megállapító kórboncnok, igazságügyi szakértő, illetve az elhalálozás helye szerint illetékes egészségügyi igazgatási szerv tölti ki!	Boncolás után elhamvasztható. Boncolás után nem hamvasztható el. <i>(A kívánt rész aláhúzó!)</i>	P.H. _____ aláírás
---	--	-----------------------

22. A halál okát megállapította: boncolás (1) – kezelőorvos (2) – orvos (3) *(A kívánt választ aláhúzó!)*

23. A boncolást végző orvos munkahelye, címe: _____

24. Halálokok

a) A magzat vagy újszülött fő betegsége vagy állapota: _____

□	□	□	□	□
---	---	---	---	---

 .

□

b) A magzat vagy újszülött egyéb betegsége vagy állapota: _____

□	□	□	□	□
---	---	---	---	---

 .

□

c) A magzatot vagy újszülöttet érintő fő anyai betegség vagy állapot: _____

□	□	□	□	□
---	---	---	---	---

 .

□

d) A magzatot vagy újszülöttet érintő egyéb anyai betegség vagy állapot: _____

□	□	□	□	□
---	---	---	---	---

 .

□

e) Egyéb körülmények: _____

25. A halál okának végleges tisztázására kórszövettani vizsgálat: készül –nem készül *(A kívánt rész aláhúzó!)*

26. **Ha erőszakos volt a haláleset:** baleset – emberölés *(A kívánt rész aláhúzó!)*

a) hol történt? (otthon, utcán stb.): _____

b) módja, oka és körülményei: _____

c) mely testrészt, milyen sérülés érte? _____

d) időpontja:

év	hó	nap

27. A kiállítás kelte: _____ P.H. _____ a halál okát megállapító orvos aláírása

Megjegyzés: