

 Splošna bolnišnica Celje		OBRAZEC ZAHTEVA ZA OBDUKCIJO	Oznaka dokumenta: SMP OP 001 OB15
Verzija: 2.0	Veljavnost od: 1.7.2018		Stran od strani: 1 od 1

Podpisani _____,
 (ime in priimek svojca- tiskano)

ki sem s pokojnim _____, rojenim _____
 (ime in priimek pokojnika – tiskano) (datum rojstva)

v sorodstvenem razmerju oz. zakoniti zastopnik (obkroži) :

- zakonec
- izvenzakonski partner, partner iz istospolne skupnosti
- otrok
- posvojenec
- starši
- zakoniti zastopnik

se **NE STRINJAM Z UGOTOVLJENIM VZROKOM SMRTI IN ZAHTEVAM,**

da se pri pokojnem, ki je _____ umrl na _____
 (datum smrti) (naziv oddelka)

OPRAVI OBDUKCIJA.

Datum in ura: _____ Podpis svojca oz. zakonitega zastopnika: _____