

 Splošna bolnišnica Celje		OBRAZEC ODREDITEV OBDUKCIJE	Oznaka dokumenta: SMP OP 001 OB13
Verzija: 1.0	Veljavnost od: 1.7.2018		Stran od strani: 1 od 1

Oddelek (kjer je pacient umrl): _____

Priimek in ime umrlega: _____
 (tiskano oz. nalepka)

Datum rojstva umrlega: _____ EMŠO oz. KZZ: _____

Datum smrti: _____ Ura smrti: _____

Vzrok smrti: _____

Pokojni se je najmanj teden dni pred smrtjo zdravil na drugem oddelku SB Celje:

DA

NE

O smrti pacienta, ki se najmanj teden dni pred smrtjo zdravil na _____, sem
 (naziv prvega oddelka)

_____ ob _____ osebno/telefonsko obvestil _____,
 (datum) (ura) (obkroži) (ime in priimek odgovornega zdravnika prvega oddelka)

ki je, na osnovi znanih medicinskih podatkov, izrazil naslednje mnenje glede potrebne izvedbe obdukcije.

Obdukcija – na osnovi mnenja odgovornega zdravnika prvega oddelka, kjer se je zdravil pacient:

DA

NE

Obdukcija – izpolni odgovorni zdravnik (obkroži):

DA

NE

odgovorni zdravnik oddelka (kjer je pacient umrl):

 (datum, ura, žig in podpis)

Obdukcija – izpolni predstojnik/namestnik predstojnika oddelka ali pooblaščen zdravnik specialist (obkroži):

DA

NE

Predstojnik/namestnik predstojnika oddelka ali pooblaščen zdravnik specialist:

 (datum, ura, žig in podpis)