

	KARTA SKIEROWANIA ZWŁOK DO CHŁODNI	☐ W. K. Roentgena 5	Komórka organizacyjna NIO-PIB
		☐ Wawelska 15	

Wzneźnia pielęgniarzka	Imię i nazwisko osoby zmarłej				PID								
					Data zgonu								
	PESEL / w przypadku braku nr PESEL – seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość				Godzina zgonu								
	Zwłoki przygotowane i oznakowano zgodnie z procedurą ☐ tak ☐ nie		Uwagi										
	Przekazano osobom upoważnionym informację o postępowaniu ze zwłokami				☐ pozostały małżonek ☐ krewny zstępny ☐ krewny wstępny ☐ krewni boczni do IV stopnia								
					☐ powinowaci w linii prostej do I stopnia ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ instytucja								
	Data i godzina skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 10px;"> <tr> <td>dzień</td> <td>miesiąc</td> <td>rok</td> <td>godzina</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				dzień	miesiąc	rok	godzina					Rzeczy wartościowe ☐ nie ☐ tak (wpisać jakie)
dzień	miesiąc	rok	godzina										
Oznaczenie* lekarza stwierdzającego zgon				Oznaczenie* pielęgniarzki sporządzającej kartę									
Data i godzina, pieczęć oraz podpis potwierdzający przyjęcie zwłok osoby zmarłej do chłodni				Data i godzina, pieczęć, imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej (do transportu) zwłoki osoby zmarłej									

*oznaczenie: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu i podpis.

Potwierdzenie odbioru zwłok			Imię i nazwisko osoby zmarłej		PID	
Wzneźnia pracownik Prosektorium	Imię i nazwisko osoby odbierającej			Data i godzina odbioru		
	Stopień pokrewieństwa osoby odbierającej		☐ pozostały małżonek ☐ krewny zstępny ☐ krewny wstępny ☐ krewni boczni do IV stopnia ☐ powinowaci w linii prostej do I stopnia ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ instytucja		Zwrot rzeczy wartościowych ☐ nie ☐ tak (wpisać jakie)	
	PESEL / w przypadku braku nr PESEL – seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby odbierającej			czytelny podpis osoby odbierającej		
	Uwagi			czytelny podpis osoby wydającej		