



KLINIČNA POT (BOL KP 75 04)

UREJANJE RAZMERIJ DO UMRLIH PACIENTOV IN NJIHOVIH SVOJCEV

PODATKI BOLNIKA:

Priimek in ime: _____

Datum rojstva: _____

Oddelek: _____

IZPOLNI MEDICINSKA SESTRA			inicialke
1. Datum in ura smrti bolnika	DA	NE	
2. Ime in priimek umrlega	DA	NE	
3. Podatki svojcev umrlega bolnika	DA	NE	
4. Podpis medicinske sestre	DA	NE	

IZPOLNI LEČEČI (DEŽURNI) ZDRAVNIK			inicialke
1. Obveščnost svojcev	DA	NE	

IZPOLNI MEDICINSKA SESTRA			inicialke
1. Datum,ura in popis MS na obrazcu	DA	NE	
2. Obrazec oddan v Zdravstveno administracijo	DA	NE	

IZPOLNI ZDRAVSTVENA ADMINISTRATORKA			inicialke
1. Klic svojcev po 12 urah	DA	NE	
2. Vpis datuma, ure, klicatelja svojcev	DA	NE	
3. Vpis podatkov pravne osebe - pogrebne službe	DA	NE	
4. Umrli ni bil odpeljan v roku 24 ur	DA	NE	
5. Prevoz izvedlo Komunalno podjetje	DA	NE	
6. Odrejena obdukcija umrlega	DA	NE	
7. Podpis pooblaščen osebe, ki je predala umrlega (datum in žig bolnišnice)	DA	NE	
8. Podpis prevzemnika umrle osebe (pogrebna služba) – datum in žig pogrebne službe	DA	NE	
9. Zapis (obrazec) shranjen v Zdravstveni administraciji	DA	NE	

Krepko izpisan odgovor zahteva obrazložitev v tabeli odmiki!

ODMIKI

datum		inicialke