

Uppgifter som, efter donationsoperationen ska skickas med den avlidne till rättsmedicinsk avdelning.

1. Uppgifter om den avlidne

Namn:	_____	
Personnummer:	_____	Reservnummer: _____
Sjukhus:	_____	Avd: _____

2. Polisbefäl som handlagt ärendet:

Namn:	_____	
Tjänsteställning:	_____	
Polisområde:	_____	
Telefon:	_____	
Datum för beslut:	_____	Tid: _____
Beslut:	a. Ja till donation av organ och vävnad - inga restriktioner: <input type="checkbox"/>	
	b. Ja till donation av organ och vävnad - med undantag av: _____	

3. Ovanstående uppgifters riktighet intygas av:

Ort:	_____	Datum:	_____
Namnteckning:	_____		
Namnförtydligande:	_____		
Tjänsteställning:	_____		
Tjänsteställe:	_____		