Kezelőorvos nyilatkozata

Alulírott Dr……

az elhunyt neve:……..

születési hely, idő:……..

anyja neve:……..

lakcíme:……..

halál helye és ideje:……

kezelőorvosa az alábbiak szerint nyilatkozom:

Néhai……esetében a halál oka

- klinikai vizsgálatokkal megállapítható volt,
- nem volt szervátültetés donora vagy recipiense,
- nem szenvedett foglalkozási eredetű megbetegedésben és nem merült fel annak gyanúja, hogy a halál ezzel van összefüggésben
- szervezetében újra felhasználható nagyértékű műszert vagy eszközt nem ültettek be.

A kórbonctani vizsgálat mellőzését javaslom az 1997. évi CLIV. tv 219 § (1)-(2) bekezdése alapján.

Kelt:……..

……..

PH kezelőorvos aláírása