

## Kvittens avseende bårtransport

### Beställare av transport

Sjuksköterskas namn

### Personuppgifter om den avlidne

Den avlidnes namn	Personnummer
Adress	

### Den avlidne ska transporteras till

### Transportör

Transporten utförs av <input type="checkbox"/> AISAB <input type="checkbox"/> GNIS begravningsbyråer
Underskrift
Namnförtydligande
Datum

Blanketten ska bifogas den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen

Senast uppdaterad 2016-12-08