

Bu nüsha istatistik amaçlı kullanılacaktır.

S1

Form no: 000000001

İl	<input type="text"/>	Belde ya da köy	<input type="text"/>
İlçe	<input type="text"/>	Kurum adı	<input type="text"/>

A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ	
Kimlik numarası	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Kimlik numarası yok
Uyruğu	<input type="checkbox"/> TC
	<input type="checkbox"/> Diğer
Adı ve soyadı	.....
Baba adı	.....
Doğum tarihi	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*	.....
Cilt no*	<input type="text"/>
Aile sıra no*	<input type="text"/>
Birey sıra no*	<input type="text"/>
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....
Meslek	.....
Daimi ikametgah	.....
İl	.....
İlçe	.....
Belde ya da köy	.....
Yurtdışı	.....

C Ölümün şekli		
<input type="checkbox"/> Doğal ölüm	<input type="checkbox"/> Trafik kazası	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> İntihar	<input type="checkbox"/> İş kazası	<input type="checkbox"/> Araştırma aşamasında
<input type="checkbox"/> Cinayet	<input type="checkbox"/> Diğer kazalar	<input type="checkbox"/> Bilinmeyen

D Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ Bölüm E'ye geçiniz
İş yerinde yaralanma	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Tarihi:	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>	
Yaralanmanın yeri:		
<input type="checkbox"/> Evde	<input type="checkbox"/> Spor alanı	
<input type="checkbox"/> Yatılı kuruluş	<input type="checkbox"/> Cadde ve otoyol	
<input type="checkbox"/> Kırsal alan (Çiftlik)	<input type="checkbox"/> Ticaret ve hizmet alanı	
<input type="checkbox"/> Sanayi ve inş. yeri	<input type="checkbox"/> Okul, diğer kur. ve idari yer	
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)		

E Otopsi yapıldı mı?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ Bölüm F'ye geçiniz
Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ Bölüm F'ye geçiniz
Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

Ölüm Belgesindeki, adı soyadı ve hüviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir. Belge mevcut bilgiler ışığında doldurulmuştur.

Doktor aynı zamanda F, G ve H kutularını doldurmakla sorumludur.

BİLGİYİ VERENAdı ve Soyadı :
Telefon :
Yakınlık derecesi:
İmza :**FORMU DOLDURAN HEKİM**Adı ve Soyadı :
Ünvanı:
Tarih:
İmza:
Kaşe:KURUM
ONAYI

F Ölü doğum	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	} Bölüm G'ye geçiniz	Annenin TC No	<input type="text"/>
Bebek ölümü	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		Annenin yaşı	<input type="text"/>
Doğum Saati	<input type="text"/>			Gebelik süresi	<input type="text"/>
				Doğum sırası	<input type="text"/>
				Doğum ağırlığı	<input type="text"/>

G Kadın ise,	<input type="checkbox"/> Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti	<input type="checkbox"/> Ölüm doğum esnasında gerçekleşti	<input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti
	<input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti	<input type="checkbox"/> Anne ölümü değil	

H Ölüm Nedeni		Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre
Bölüm I		
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a) .....	.....
	Bağlı olarak	
Önceki nedenler	b) .....	.....
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek	c) .....	.....
	Bağlı olarak	
	d) .....	.....
	Bağlı olarak	
Bölüm II		
Ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.	.....	.....

*Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.

Bu nüsha defin ruhsatnamesi olarak kullanılacaktır.

S1

Form no: 000000001

İl	<input type="text"/>	Belde ya da köy	<input type="text"/>
İlçe	<input type="text"/>	Kurum adı	<input type="text"/>

A		ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ	
Kimlik numarası	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uyruğu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adı ve soyadı	.....	
Baba adı	.....	
Doğum tarihi	Gün <input type="text"/>	Ay <input type="text"/>	Yıl <input type="text"/>
Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*	.....	
Cilt no*	<input type="text"/>	Aile sıra no*	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Birey sıra no*	<input type="text"/>
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın	
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....	
Meslek	.....	
Daimi ikametgah	.....	
İl	.....	
İlçe	.....	
Belde ya da köy	.....	
Yurtdışı	.....	

C			Ölümün şekli
<input type="checkbox"/> Doğal ölüm	<input type="checkbox"/> Trafik kazası	<input type="checkbox"/> Diğer	
<input type="checkbox"/> İntihar	<input type="checkbox"/> İş kazası	<input type="checkbox"/> Araştırma aşamasında	
<input type="checkbox"/> Cinayet	<input type="checkbox"/> Diğer kazalar	<input type="checkbox"/> Bilinmeyen	

D			Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ Bölüm E'ye geçiniz	
İş yerinde yaralanma	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Tarihi:	Gün <input type="text"/>	Ay <input type="text"/>	Yıl <input type="text"/>
Yaralanmanın yeri:	.....	
<input type="checkbox"/> Evde	<input type="checkbox"/> Spor alanı		
<input type="checkbox"/> Yatılı kuruluş	<input type="checkbox"/> Cadde ve otoyol		
<input type="checkbox"/> Kırsal alan (Çiftlik)	<input type="checkbox"/> Ticaret ve hizmet alanı		
<input type="checkbox"/> Sanayi ve inş. yeri	<input type="checkbox"/> Okul, diğer kur. ve idari yer		
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)	.....	

E			Otopsi yapıldı mı?
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ Bölüm F'ye geçiniz	
Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?			
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ Bölüm F'ye geçiniz	
Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?			
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		

Ölüm Belgesindeki, adı soyadı ve hüviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir. Belge mevcut bilgiler ışığında doldurulmuştur.

Doktor aynı zamanda F, G ve H kutularını doldurmakla sorumludur.

BİLGİYİ VERENAdı ve Soyadı :
Telefon :
Yakınlık derecesi:
İmza :**FORMU DOLDURAN HEKİM**Adı ve Soyadı :
Ünvanı:
Tarih:
İmza:
Kaşe:KURUM
ONAYI

F	Ölü doğum	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	} Bölüm G'ye geçiniz	Annenin TC No	<input type="text"/>
	Bebek ölümü	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		Annenin yaşı	<input type="text"/>
	Doğum Saati	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Gebelik süresi	<input type="text"/>
					Doğum sırası	<input type="text"/>
					Doğum ağırlığı	<input type="text"/>

G	Kadın ise, <input type="checkbox"/> Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti	<input type="checkbox"/> Ölüm doğum esnasında gerçekleşti	<input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti
	<input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti	<input type="checkbox"/> Anne ölümü değil	

H		Ölüm Nedeni	Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre
Bölüm I			
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a)	.....	.....
		Bağlı olarak	
Önceki nedenler	b)	.....	.....
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek	c)	.....	.....
	d)	.....	.....
		Bağlı olarak	
Bölüm II			
Ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.		.....
.....		
.....		

*Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.

İl	<input type="text"/>	Belde ya da köy	<input type="text"/>
İlçe	<input type="text"/>	Kurum adı	<input type="text"/>

A ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ	
Kimlik numarası	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Kimlik numarası yok
Uyruğu	<input type="checkbox"/> TC
	<input type="checkbox"/> Diğer
Adı ve soyadı	.....
Baba adı	.....
Doğum tarihi	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>
Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*	.....
Cilt no*	<input type="text"/>
Aile sıra no*	<input type="text"/>
Birey sıra no*	<input type="text"/>
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....
Meslek	.....
Daimi ikametgah	.....
İl	<input type="text"/>
İlçe	<input type="text"/>
Belde ya da köy	<input type="text"/>
Yurtdışı	<input type="text"/>

C Ölümün şekli		
<input type="checkbox"/> Doğal ölüm	<input type="checkbox"/> Trafik kazası	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> İntihar	<input type="checkbox"/> İş kazası	<input type="checkbox"/> Araştırma aşamasında
<input type="checkbox"/> Cinayet	<input type="checkbox"/> Diğer kazalar	<input type="checkbox"/> Bilinmeyen

D Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ Bölüm E'ye geçiniz
İş yerinde yaralanma	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Tarihi:	Gün <input type="text"/> Ay <input type="text"/> Yıl <input type="text"/>	
Yaralanmanın yeri:		
<input type="checkbox"/> Evde	<input type="checkbox"/> Spor alanı	
<input type="checkbox"/> Yatılı kuruluş	<input type="checkbox"/> Cadde ve otoyol	
<input type="checkbox"/> Kırsal alan (Çiftlik)	<input type="checkbox"/> Ticaret ve hizmet alanı	
<input type="checkbox"/> Sanayi ve inş. yeri	<input type="checkbox"/> Okul, diğer kur. ve idari yer	
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)		

E Otopsi yapıldı mı?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ Bölüm F'ye geçiniz
Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ Bölüm F'ye geçiniz
Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

B Ölüm Saati			
Ölüm tarihi	Gün <input type="text"/>	Ay <input type="text"/>	Yıl <input type="text"/>
Ölüm yeri	<input type="checkbox"/> Ev	<input type="checkbox"/> Hastane	<input type="checkbox"/> İşyeri
	<input type="checkbox"/> Ambulans	<input type="checkbox"/> Diğer taşıt	<input type="checkbox"/> Diğer

Ölüm Belgesindeki, adı soyadı ve hüviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir. Belge mevcut bilgiler ışığında doldurulmuştur.

Doktor aynı zamanda F, G ve H kutularını doldurmakla sorumludur.

BİLGİYİ VEREN

Adı ve Soyadı :
Telefon :
Yakınlık derecesi:
İmza :

FORMU DOLDURAN HEKİM

Adı ve Soyadı :
Ünvanı:
Tarih:
İmza:
Kaşe:

KURUM
ONAYI

F Ölü doğum	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	} Bölüm G'ye geçiniz	Annenin TC No	<input type="text"/>
Bebek ölümü	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		Annenin yaşı	<input type="text"/>
Doğum Saati	<input type="text"/>			Gebelik süresi	<input type="text"/>
				Doğum sırası	<input type="text"/>
				Doğum ağırlığı	<input type="text"/>

G Kadın ise,	<input type="checkbox"/> Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti	<input type="checkbox"/> Ölüm doğum esnasında gerçekleşti	<input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti
	<input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti	<input type="checkbox"/> Anne ölümü değil	

H Ölüm Nedeni		Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre
Bölüm I		
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a) .....	.....
Önceki nedenler	Bağlı olarak	
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek	b) .....	.....
	Bağlı olarak	
	c) .....	.....
	Bağlı olarak	
	d) .....	.....
Bölüm II		
Ölümün gerçekleşmesinde etkili olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.	.....	.....

*Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.