



ÖLÜM BELGESİ



Bu nüsha defnin ruhatnamesi olarak kullanılacaktır.

S1

Form no. 000000001

İl	.....	.....	Belde ya da köy	.....	.....
İlçe	.....	.....	Kurum adı	.....	.....

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

B	Ölüm tarihi
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		

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	
Tarhi:	.....
Yaralanmanın yeri:		
<input type="checkbox"/> Evde	<input type="checkbox"/> Spor alanı	
<input type="checkbox"/> Yatılı kuruluş	<input type="checkbox"/> Caddede veya otayol	
<input type="checkbox"/> Kırsal alan (Çiftlik)	<input type="checkbox"/> Ticaret ve hizmet alanı	
<input type="checkbox"/> Sanayi ve iş. yeri	<input type="checkbox"/> Okul, diğer kur. ve idari yer	
<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)		

E	Ötopsi 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 VEREN

Adı ve Soyadı :
Telefon :
Yakınlık derecesi:
İmza :

FORMU DOLDURAN HEKİM

Adı ve Soyadı :
Unvanı:
Tarih:
İmza:
Kaşe:



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

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	b) .....	.....
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek	c) .....	.....
	d) .....	.....
Bölüm II		
Ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya duruma 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.