

הודעת פטירה

לפי סעיף 7 לחוק מרשם האוכלוסין תשכ"ה-1965, הריני מודיע את הפרטים על הנפטר

א. פרטים אישיים של הנפטר

| מספר הזהות | שם המשפחה | השם הפרטי | שם האב | המצב האישי | המין |
|------------|-----------|-------------|-----------|--|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> אלמנה | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |
| הלאום | הדת | תאריך הלידה | | מקום הלידה | שם בן / בת הזוג |
| | | שנה | חודש | יום | |
| המען | | | | | |
| הישוב | הרחוב | מספר בית | מספר דירה | מיקוד | |

ב. פרטים על הפטירה

| תאריך פטירה עברי | שעת הפטירה | תאריך פטירה גרגוריאני | מקום הפטירה |
|---|------------|-----------------------|-------------|
| יום | שעה | שנה | |
| שנה | דקה | חודש | יום |
| שם היישוב (אם נפטר בבית החולים ציין את השם) | | | |

ג. פרטים על המודיע: אחראי על המוסד. רופא שקבע דבר מוות או מי שהיה נוכח.

| שם המשפחה | השם הפרטי | המען | תאריך ההודעה | חתימת המודיע |
|-----------|-----------|------|--------------|--------------|
| | | | שנה | יום |
| | | | חודש | יום |

ד. אישור רפואי ופרטי הרופא המאשר:

| לפי מיטב ידיעתי המוות אירע ב: | ראיתי את הגופה בתאריך | שם הרופא | מקום העבודה |
|-------------------------------|-----------------------|----------|-------------|
| שעה | שנה | | |
| דקה | חודש | | |
| יום | יום | | |
| תפקיד | המען | תאריך | חתימה |
| | | שנה | |
| | | חודש | |
| | | יום | |

ה. אבחנה לסיבות המוות שנקבעו ע"י הרופא, סיבת המוות – ימולא ע"י רופא שראה את הגופה.

| | |
|-------|--|
| 1. א. | סיבה מיידית, פציעה או מחלה שגרמה לפטירה במישרין, אם הסיבה "בלתי ידוע". |
| 1. ב. | מחלות או מצבים שהביאו לסיבת המוות המיידית, ציין שרשרת האירועים שגרמו לפטירה. |
| 1. ג. | |
| 2. | מחלות או מצבים אחרים שתרמו למוות אך אינם קשורים ישירות לאבחנות 1 א-ג. |

ו. נסיבות המוות.

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> חשד לרצח <input type="checkbox"/> חשד להתאבדות תיאור הנזקים החיצוניים | <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים | <input type="checkbox"/> תאונה אחרת האם הייתה הנפטרת בהריון סמוך לפטירה? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> האם הפילה? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> האם ילדה? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> |
|--|--|---|

ז. נתיחת הגופה PM

| תאריך | שם המתקן | אבחנה זמנית 1 | אבחנה זמנית 2 |
|-------------|----------|---------------|---------------|
| / / | | | |
| אבחנה סופית | | חתימת הפתולוג | |
| | | | |

ח. לשכת הבריאות המחוזית

| תאריך ההודעה | הוצא רשיון קבורה מס' | שם חברת הקבורה | מקום הקבורה |
|--------------|----------------------|---------------------|------------------|
| / / | | | |
| מקום הלידה | תאריך עלייה | רצ"ב תעודת זהות מס' | חתימת רופא הלשכה |
| | / / | | |

ט. לשכת רשות האוכלוסין וההגירה

| נתקבל בלשכה ב | בתאריך | שם העובד המקבל | חתימת העובד המקבל |
|---------------|--------|----------------|-------------------|
| | / / | | |