|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dødsattest til brug på Færøerne** **I henhold til afsnit XIII i Sundhedsloven, jf. LBK nr. 1188 af 24 september 2016 side 1****Til pårørende/bedemand**   |
| **Personnummer** (CPR-nummer) Ved dødfødt angives moderens CPR |   | Mand |  | Kvinde |  |
| **Fulde navn** |  |
| **Adresse** |  |
| **Postnummer og by** |  | **Land** |  |
|  |
| Dødfødt | Fødselsdato |   | Klokkeslæt |  | Dreng  |  Pige |
| Dødstidspunkt | Dato |  | Klokkeslæt |  |  |  |
| Findetidspunkt | Dato |   | Klokkeslæt |  | (hvis dødstidspunkt er ukendt) |
| Død på sygehus: |  | Afdeling |  |
| Død på kendt adresse (vej) |  | Nr./etage/side |  |
| Postnummer og by  |  |  Plejehjem: Eget hjem: Andet:  |
| Dødssted uden adresse |  |
| Fundet død på kendt adresse (vej) |  | Nr./etage/side: |  |
| Postnummer og by  |  |  Plejehjem: Eget hjem: Andet:  |
| Findested uden adresse |  |
| **Dødstegn: Rigor: Livores: Cadaverositas: Maceratio: Andet:**  |
| Attestudstedende læges funktion: Egen læge: Vagtlæge: Hospitalslæge: Embedslæge: Andet:  |
| **Ligsyn** Dato |  | Klokkeslæt |  |  |
| Kontakt til politi: Ja: Nej :  |
| Elektroniske implantater: Ja, og de(t) er fjernet Ja, og de(t) er ikke fjernet Nej Ved ikke |
|  |
| **A. Ligsyn, hvor dødsfaldet ikke er omfattet af indberetningspligten i Ligsynsloven.**Undertegnede læge har synet liget af ovenstående og forefundet ovennævnte dødstegn. Jeg bekræfter, at der ikke foreligger tilknytningsforhold, som omhandlet i Justitsministeriets bekendtgørelse om lægers adgang til at konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion § 1.Har ikke fundet omstændigheder af den i sundshedsloven § 179, stk 1 nævnte art, og der er efter mit skøn således ikke grund til mistanke om, at døden er forårsaget ved en forbrydelse, jf. Kirkeministeriets bekendgøresle om begravelse og ligbrænding § 2 stk. 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lægens navn og adresse, evt. stempel | **B. Ligsyn omfattet af indberetningspligten, men hvor politiet har afstået fra retslægeligt ligsyn**Undertegnede læge har synet liget af ovenstående og forefundet ovennævnte dødstegn. Jeg bekræfter, at der ikke foreligger tilknytningsforhold, som omhandlet i Justitsministeriets bekendtgørelse om lægers adgang til at konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion § 1.Har fra politiet modtaget meddelelse om, at stedfundne indberetning efter sundshedsloven § 179, stk 1, ikke giver anledning til retslægeligt ligsyn, og at der intet er til hinder for, at ligbrænding kan finde sted, jf. Kirkeministeriets bekendgøresle om begravelse og ligbrænding § 2 stk. 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lægens navn og adresse, evt. stempel |
| **C. Retslægeligt ligsyn**Undertegnede læge har ved retslægeligt ligsyn fundet dødstegn eller andre forhold, der er uforenelige med livets beståen.Bekræfter, at der ikke foreligger tilknytningsforhold, som omhandlet i Justitsministeriets bekendtgørelse om lægers adgang tll at konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion § 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lægens navn og adresse, evt. stempel | **D. Politiets påtegning**Det bekræftes i medfør af Sundshedslovens § 182, stk. 2, at der intet er til hinder for at liget begraves, brændes eller – efter udstedelse af ligpas – føres ud af landet. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Politiets stempel  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dødsattest til brug på Færøerne****I henhold til afsnit XIII i Sundhedsloven, jf. LBK nr. 1188 af 24 september 2016 side 2**   |
| **Personnummer** (CPR-nummer) Ved dødfødt angives moderens CPR |  | Mand |  | Kvinde |  |
| **Fulde navn** |  |
|  |
| **Dødsmåde**  | **Naturlig død**  |  | **Ulykke**  |  | **Selvmord**  |  | **Drab/vold**  |  | **Uoplyst** |  |
|  |
| **Dødsårsag I** Det sygdoms-, misbrugs- og/eller skadesforløb der førte til døden | **ICD 10** | Tidsrum mellem sygdommens opståen og dødens indtræden |
| **A** | Den umiddelbare dødsårsag |  |  |  |
| **B** | Som var en følge af |  |  |  |
| **C** | Som var en følge af |  |  |  |
| **D** | Den tilgrundliggende dødsårsag |  |  |  |
|  |
| **Dødsårsag II.** Andre stadig aktive sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket til døden | **ICD 10** | Tidsrum mellem sygdommens opståen og dødens indtræden |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| Medicin, i forbindelse med forgiftning, medicinbivirkning og misbrug |
| Medicinsk præparat (handelsnavn) | ATC: |
|  |  |
| **Hændelsessted ved ikke-naturlig død** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Transportområde  | Boligområde  | Produktions- område  | Handels område  | Skole og institution  | Sports-område | Forlystelse og parkområde | Fri natur | Hav- og søområde | Andet |

 |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obduktion**  | Ingen:  |  | Forbud:  |  | Retslig:  |  |  Anden:  |  |  |  |

 |
| **Væsentlige obduktionsfund** |
| **Supplerende oplysninger**: Ved retslægelige ligsyn anføres altid sygehistorie, beskrivelse af aktuelle hændelse, resultat af den objektive undersøgelse af liget samt navn på politiets repræsentant ved ligsynet. |
|   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Dato Attestudstedendes navn og underskrift og evt. stempel |