|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Transport  område | Bolig  område | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |