

يجب أن تحرر جميع الأجوبة بخط الطبيب.
يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقروء.

المكتب الإداري
ص.ب. ٣٧١٩١٦ دبي، إ.ع.م. - تليفون ٤٥٥٥ ٤١٥ ٠٤، فاكس ٤٤٤٥ ٤١٥ ٠٤

١. (أ) الإسم الكامل للمتوفي

(ب) محل الإقامة في وقت الوفاة

(ج) سن المتوفي عند الوفاة

(د) تاريخ الوفاة

ي

ي

ش

ش

س

س

س

س

(هـ) مكان الوفاة

(و) إذا توفي في مستشفى أو مؤسسة فاذكر الإسم

٢. سبب الوفاة إذكر سبباً واحداً فقط تحت كل من (أ، ب و ج)
المرض أو السبب الذي أدى مباشرة الى الوفاة

(أ)

الأسباب التي ساهمت في الوفاة

(ب)

(ج)

الفترة ما بين البداية والوفاة

(أ)

(ب)

(ج)

٣. متى إستشاركم المتوفى لأول مرة بصدد مرضه الأخير؟
ي ي ش ش س س س س

٤. متى إستشاركم المتوفى لآخر مرة بصدد مرضه الأخير؟
ي ي ش ش س س س س

٥. هل تسبب الوفاة عن إنتحار أو قتل أو حادث؟ أذكر الأسباب باختصار

٦. (أ) هل جرى تحقيق رسمي؟

نعم

لا

(ب) هل شرحت جثة المتوفى؟

نعم

لا

(ج) إذا كان ذلك فأى إجراء إتخذ؟ من قام به؟ وماذا كانت النتيجة؟

٧. (أ) هل وجدت علامات مميزة عل الجثة؟

نعم

لا

(ب) إن كان الجواب "نعم" فاذكر التفاصيل

٨. (أ) هل عالجتكم أو أعطيتكم المشورة للمتوفي قبل مرضه الأخير؟
(ب) هل عولج المتوفي، حسب معرفتكم، خلال الخمس سنوات الأخيرة من قبل طبيب آخر، أو مستشفى، أو مؤسسة؟
إن كان الجواب "نعم" فاذكر:

الإسم	العنوان	طبيعة المرض أو الإصابة	التاريخ
			ي ي ش ش س س س س
			ي ي ش ش س س س س
			ي ي ش ش س س س س

إسم الطبيب

عنوان الطبيب

التوقيع والختم

التاريخ

ي ي ش ش س س س س