



Kvittens avseende bårtransport av AISAB

Beställare av transport

(sjuksköterskas namn)

Uppgifter på den avlidne

Den avlidnes namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Den avlidne ska transporteras till: _____

Transporten utförs av

Underskrift: _____

Namnförtdligande: _____

Företagets namn: _____

Datum: _____

Blanketten ska sparas och bifogas den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen

