

Příloha 7 **beze změn**

<b>List o prohlídce zemřelého</b>		Část A, list 1 - prohlídka: ÚZIS ČR, kopie do dokumentace PZS	oprava: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne
Zdravotní pojišťovna: 111 (kód)	Číslo pojistěnce (jiné než r.č.): 315101001	Mrtvé narozené dítě <sup>1)</sup> <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	Osoba neznámé totožnosti: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne
1. Jméno <b>Pacientka</b> Příjmení, rodné příj.: <b>Pokusná, Pokusná</b>		2. Datum narození: <b>01.01.1931</b> u osob nazjištěné totožnosti přibližně stáří: Rodné číslo: <b>315101 / 001</b>	
3. Pohlaví: <input type="radio"/> Muž <input checked="" type="radio"/> Žena		4. Státní občanství: <input type="radio"/> ČR <input type="radio"/> Jiné, uveďte jaké:	
5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok):		čas úmrtí (h:min):	Datum dia kohadhu: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne
6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, ulice, k.ú.: <b>MNO, Nemocniční</b>		Jedná se o místo <input checked="" type="checkbox"/> úmrtí <input type="checkbox"/> nálezu	
č.p./č.orient., č.evid.: <b>20</b> okres: <b>Ostrava</b> sít:			
12a Nesní mateřné náhrady nebo protlézy z drahých kovů: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano - jaké:			
13a Je požadována pitva: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> patologicko-anatomická <input type="radio"/> zdravotní <input type="radio"/> jiná			
14. Úmrtí nastalo: <input type="radio"/> doma <input checked="" type="radio"/> ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče <input type="radio"/> v jiném zdravotnickém zařízení <input type="radio"/> na ulici, veřejném místě <input type="radio"/> při převozu do zdravotnického zařízení <input type="radio"/> v zařízení sociálních služeb <input type="radio"/> jinde, kde <input type="radio"/> nejasněno			
17. Příčina smrti	Slovní popis stavu		kód MKN
I. Nemoc (stav), který(jí) přímo vedl(a) ke smrti (bezprostřední příčina smrti)	a)		Přibližná doba trvání stavu (je-li známa) počet jednotky
Nemoci, stavy, které vedly k přiklině uvedeně výše, základní příčina smrti je uvedena jako poslední	b)		
	c)		
	d)		
II. Jiné závažné chorobné stavy nebo změny, které přispěly ke smrti (ne vztahují se k nemoci nebo stavu, který smrti způsobil)			
18. Je podezření, že se jedná o úmrtí v souvislosti s užitím či užíváním nelegálních návykových látek? <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne			
19. Jedná se o:	<input type="radio"/> přirozenou smrt <input type="radio"/> nehodu <input type="radio"/> sebevraždu <input type="radio"/> vraždu <input type="radio"/> úmrtí ve válce <input type="radio"/> šetření nejsou ukončena <input type="radio"/> nejasněno	20. V případě jiné než přirozené smrti vyplšte mechanismus smrti, děle činnost, při které k poranění osoby a místo, kde se událost přihodila (vč. kódu MKN). Mechanismus:	Kód MKN (V01-Y98)
		21. Datum události:	Místo:
		Aktivita:	
15. Datum narození matky u dětí mrtvé narozených a zemřelých do 1 roku			
16. Zemřelá těhotná žena nebo žena, která rodily či potratily v období 1 roku před smrtí	úmrtí v těhotenství <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne	délka těhotenství (týdny):	
	úmrtí při porodu / potratu <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne	ukončení těhotenství: datum:	
	úmrtí v šestinedělí (do 42. dne po porodu / potratu) <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne	způsob: <input type="radio"/> potrat <input type="radio"/> porod	
	úmrtí v rozmezí 43 dnů až 1 rok po porodu / potratu <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne	název poskytovatele:	
		IČ: PČZ: ODD:	
13b Sdělení / návrh prohlášení lékaře: (rozhodnut o napravení plyn, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radikačivými látkami, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno traseřm činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.)			
Název poskytovatele zdravotních služeb: <b>Městská nemocnice Ostrava</b>			
Identifikace poskytovatele zdravotních služeb:	IČ: <b>00635162</b>	PČZ: <b>000</b>	ODD: <b>01</b>
Lékař, který provedl prohlídku těla zemřelého: Jméno:	Telefon:		
V <b>Ostrava</b> dne <b>Y</b>	Místo poskytovatele zdravotních služeb a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého		
(místo prohlídky)	(den, měsíc, rok)	(hodina)	

List o prohlídce zemřelého		Část B1: Matriční úřad		Oprava: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
Zdravotní pojistovna: <b>111</b> (kód)	Číslo pojistnice (jiné než r.č.): <b>315101001</b>	Mrtvé narození dítě <sup>1)</sup> <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	Časová neznámé totožnosti: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne		
1. Jméno: <b>Pacientka</b>		Příjmení, rodné příj.: <b>Polcuská, Polcuská</b>			
2. Datum narození: <b>01.01.1931</b>		s osob. nezávislé totožnosti přibližné stáří: Rodné číslo: <b>315101/001</b>			
3. Pohlaví: <input type="radio"/> Muž <input checked="" type="radio"/> Žena		4. Státní občanství: <input type="radio"/> ČR <input type="radio"/> Jiné, uveďte jaké:			
5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok):		Čas úmrtí (h:m:s):		Datum dle ochadu: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, ulice, k.ú.: <b>MNO, Nemozděná</b>		Jedná se o místo <input checked="" type="radio"/> úmrtí <input type="radio"/> nálezu			
č.p./č. orient., č.evíd.: <b>20</b>		okres: <b>Ostrava</b>		stát:	
13a Je požadována pitva: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> patoblogiko-anatomické <input type="radio"/> zdravotní <input type="radio"/> jiné					
7. Místo narození: obec: ..... okres: .....					
stát: .....					
8. Místo trvalého pobytu: část obce, ulice, k.ú.: <b>Náměstí Kap. Vajdy 1851/3</b>					
obec: <b>Ostrava</b> okres: <b>Ostrava-město</b> stát: <b>Česká republika</b>					
9. Nejvyšší ukončené vzdělání: <input type="radio"/> základní, bez vzdělání <input type="radio"/> střední bez maturity, včetně vyučených <input type="radio"/> střední s maturitou					
<input type="radio"/> vyšší odborné <input type="radio"/> vysokoškolské <input checked="" type="radio"/> nezářněno					
10. Osobní stav: <input type="radio"/> svobodný(á) <input type="radio"/> ženatý/vdaná <input type="radio"/> rozvedený(á) <input type="radio"/> vdovec/vdova					
<input type="radio"/> partnerství <input type="radio"/> zrušení partnerství rozhodnutím soudu <input type="radio"/> zaniklé partnerství smrtí <input type="radio"/> nezářněno					
11. Jméno a příjmení popř. rodné příjmení manžela(ky)/partnera(ky) zemřelého, pokud žije:			Datum narození manžela(ky)/partnera(ky) zemřelého:		
Název poskytovatele zdravotních služeb: <b>Městská nemocnice Ostrava</b>					
Identifikace poskytovatele zdravotních služeb: IČ: <b>00635162</b> PČZ: <b>000</b> ODD: <b>01</b>					
Lékař, který provedl prohlídku těla zemřelého: Jméno: ..... Telefon: .....					
V <b>Ostrava</b> ..... dne ..... r. .... (místo prohlídky) (den, měsíc, rok) (hodnota)			razítko poskytovatele zdravotních služeb a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého		

<b>List o prohlídce zemřelého</b>		<b>Část B2, list 1 - prohlídka: Osoba zajišťující pohřbení</b>		Oprava: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne
Zdravotní pojišťovna: <b>111</b> (kód)	Číslo pojistěnce (jiné než r.č.): <b>315101001</b>	Mrtvé narozené dítě <sup>a</sup> <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	Osoba neznámé totožnosti: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
1. Jméno: <b>Pacientka</b>		Příjmení, rodné příjm.: <b>Polousná, Polousná</b>		
2. Datum narození: <b>01.01.1931</b> u osob nejspolehlivě totožnosti přibližně sdělit:				
3. Pohlaví: <input type="radio"/> Muž <input checked="" type="radio"/> Žena		4. Státní občanství: <input type="radio"/> ČR <input type="radio"/> Jiné, uveďte jaké:		
5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok):				
6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, ulice, k.ú.: <b>MNO, Nemocniční</b>		Datum dle odhadu: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne		
č.p./č.orient., č.evíd.: <b>20</b>		okres: <b>Ostrava</b>		stáří: <input checked="" type="radio"/> úmrtí <input type="radio"/> nálezu
12a Nesnímatelné náhrady nebo protězy z drahých kovů: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano - jaké:				
13a Je požadována pitva: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> patologicko-anatomická <input type="radio"/> zdravotní <input type="radio"/> jiné				
13b Sdělení / návrh prohlížeje/jelého lékaře: (rozhodnutí o naprovnání pitvy, opatření při podzření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podzření, že úmrtí bylo způsobeno traumatickým úrazem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemoci z povolání, pracovní úraz apod.)				
Název poskytovatele zdravotních služeb: <b>Městská nemocnice Ostrava</b>				
Identifikace poskytovatele zdravotních služeb:		IČ: <b>00635162</b>	ČZ: <b>000</b>	ODD: <b>01</b>
Lékař, který provádí prohlídku těla zemřelého: Jméno:		Telefon:		
V <b>Ostrava</b> dne		v		
(místo prohlídky)		(den, měsíc, rok)		(hořina)
rozdílo s identifikací poskytovatele zdravotních služeb a podpis lékaře, který provádí prohlídku těla zemřelého				

<b>List o prohlídce zemřelého</b>		<b>Část B3, list 1 - prohlídka: Provozovatel pohřební služby</b>		Oprava:	<input type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne
Zdravotní pojišťovna: <b>111</b> (kód)	Číslo pojištění (jiné než r.č.): <b>315101001</b>	Mrtvé narozené dítě <sup>a</sup>	<input type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne		
		Osoba různě té totožnosti:	<input type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne		
1. Jméno: <b>Pacientka</b>		Příjmení, rodné příj.: <b>Polcuská, Polcuská</b>				
2. Datum narození: <b>01.01.1931</b>		u osob nezájštěné totožnosti přibližné stáří:			Rodné číslo: <b>315101/001</b>	
3. Pohlaví: <input type="radio"/> Muž <input checked="" type="radio"/> Žena		4. Státní občanství: <input type="radio"/> ČR <input type="radio"/> Jiné, uveďte jaké:				
5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok):		čas úmrtí (hh:mm):		Datum dle odhadu: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne		
6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, ulice, k.ú.: <b>MNO, Nemocniční</b>		Jedná se o místo <input checked="" type="radio"/> úmrtí <input type="radio"/> nálezu				
č.p./č.orient., č.evíd.: <b>20</b>		okres: <b>Ostrava</b> stát:				
12a Nesnímatelné náhrady nebo protězy z drahých kovů: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano - jaké:						
13a Je požadována příva: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> patologicko-anatomická <input type="radio"/> zdravotní <input type="radio"/> jiné						
13b Sdělení / návrh prohlíbejícího lékaře: (mohoucílo neprovedení záhy opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci nosičskými látkami, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno lhostejným úmrtím, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí s paralyzující, paroxysmální úraz apod.)						
Název poskytovatele zdravotních služeb: <b>Městská nemocnice Ostrava</b>						
Identifikace poskytovatele zdravotních služeb: IČ: <b>00635162</b>		PČZ: <b>000</b>	ODD: <b>01</b>			
Lékař, který provedl prohlídku těla zemřelého: Jméno:		Telefon:				
v <b>Ostrava</b> dne		v				
(míst: prohlídka)		(den, měsíc, rok)		(hořina)		
		razítko s identifikací poskytovatele zdravotních služeb a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého				

<b>List o prohlídce zemřelého</b>		<b>Část A, list 2 - pitva: ÚZIS ČR, kopie do dokumentace PZS</b>		Oprava: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne
Zdravotní pojistovna: 213 (kód)	Číslo pojistěnce (jiné než r.č.): 515101001	Mrtvé narozené dítě <sup>4)</sup> <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	Osoba neznámé totožnosti: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
1. Jméno: Pacientka Příjmení, rodné příj.: Pokusná, Pokusná		2. Datum narození: 01.01.1951 u osob nejištěné totožnosti přibližně stáří: Rodné číslo: 515101 / 001		
3. Pohlaví: <input type="radio"/> Muž <input checked="" type="radio"/> Žena		4. Státní občanství: <input type="radio"/> ČR <input type="radio"/> Jiné, uveďte jaké:		
5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok):		čas úmrtí (hh:mm):	Datum dle odhadu: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
22. Rozhodnuto pitvu provést <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne		12b Nesnímatelelné náhrady nebo protězy z drahých kovů: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano - jaké:		
<b>23. Příčina smrti</b>	<b>Slovní popis stavu</b>	<b>kód MKN</b>	<b>Přibližná doba trvání stavu (je-li známa)</b>	
I. Nemoc (stav), který(á) přímo vedl(a) ke smrti (bezprostřední příčina smrti)	a)		počet	jednotky
Nemoci, stavy, které vedly k příčině uvedené výše, základní příčina smrti je uvedena jako poslední	b)			
	c)			
	d)			
II. Jiné závažné chorobné stavy nebo změny, které přispěly ke smrti, ale nevztahují se k nemoci nebo stavu, který smrt způsobil				
24. Je podezření, že se jedná o úmrtí v souvislosti s užitím či užíváním nelegálních návykových látek? <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne				
25. Jedná se o: <input type="radio"/> přirozenou smrt <input type="radio"/> nehodu <input type="radio"/> sebevraždu <input type="radio"/> vraždu <input type="radio"/> úmrtí ve válce <input type="radio"/> šetření nejsou ukončena <input type="radio"/> nezjištěno	26. V případě jiné než přirozené smrti vyplšte mechanismus smrti, dále činnost, při které k poranění došlo a místo, kde se událost přihodila (vč. kódu MKN10). Mechanismus:		27. Datum události: Kód MKN (V01-Y98)	
			Aktivita: Místo:	
13b Sdělení / návrh pitvajícího lékaře: (rozhodnutí o neprovedení pitvy, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.)				
Název poskytovatele zdravotních služeb: Městská nemocnice Ostrava, p.o.				
Identifikace poskytovatele zdravotních služeb: IČ: 00635162 PČZ: 000		ODD: 54		
Lékař, který provedl pitvu: Jméno:		Telefon: 596194392		
V Ostravě _____ dne _____ v _____ (místo pitvy) (den, měsíc, rok) (hodina)		razítko s identifikací poskytovatele zdravotních služeb a podpis lékaře, který provedl pitvu		



<b>List o prohlídce zemřelého</b>		<b>Část B2, list 2 - pitva: Osoba zajišťující pohřbení</b>		Oprava: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne
Zdravotní pojistovna: 213 (kód)	Číslo pojistěnce (jiné než r.č.): 515101001	Mrtvě narozené dítě <sup>1)</sup>	<input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
		Osoba neznámé totožnosti:	<input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
1. Jméno: Pacientka	Příjmení, rodné příjm.: Pokusná, Pokusná			
2. Datum narození: 01.01.1951	u osob neujštěné totožnosti přibližné stáří	Rodné číslo:		
3. Pohlaví: <input type="radio"/> Muž <input checked="" type="radio"/> Žena	4. Státní občanství: <input type="radio"/> ČR <input type="radio"/> jiné, uveďte jaké:			
5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok):	čas úmrtí (hh:mm):	Datum dle odhadu:	<input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
22. Rozhodnuto pitvu provést	<input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne			
12a Nesnímávané náhrady nebo protězy z drahých kovů:	<input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano - jaké:			
13b Sdělení návrh pitvajícího lékaře: <small>(pochodnutí o neprovedení pitvy, opálení při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.)</small>				
Název poskytovatele zdravotních služeb:	Městská nemocnice Ostrava, p.o.			
Identifikace poskytovatele zdravotních služeb:	IČ: 00635162	PCZ: 000	ODD: 54	
Lékař, který provedl pitvu:	Jméno:	Telefon: 596194392		
V Ostravě	dne	V		
(místo pitvy)	(den, měsíc, rok)	(hodina)		
<small>razítko s identifikací poskytovatele zdravotních služeb a podpis lékaře, který provedl pitvu</small>				

<b>List o prohlídce zemřelého</b>		<b>Část B3, list 2 - pitva:</b>		Oprava: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
Zdravotní pojišťovna: 213 (kód)	Číslo pojistnice (jiné než r.č.): 515101001	Mrtvé narozené dítě <sup>1)</sup> <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne		Osoba neznámé totožnosti: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
1. Jméno: Pacientka		Příjmení, rodné příj. Pokusná, Pokusná			
2. Datum narození: 01.01.1951		u osob nejspolehlivě totožnosti přibližně stáří:		Rodné číslo: 515101 / 001	
3. Pohlaví: <input type="radio"/> Muž <input checked="" type="radio"/> Žena		4. Státní občanství: <input type="radio"/> ČR <input type="radio"/> jiné, uveďte jaké:			
5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok):		čas úmrtí (hh:mm):		Datum dle odhadu: <input type="radio"/> ano <input checked="" type="radio"/> ne	
22. Rozhodnuto pitvu provést <input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne					
12a Nesnímátné náhrady nebo protézy z drahých kovů: <input type="radio"/> ne <input type="radio"/> ano - jaké:					
13b Sdělení návrh pitvačního lékaře: <small>(nechodí o nepsání pitvy, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno testem činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.)</small>					
Název poskytovatele zdravotních služeb:		Městská nemocnice Ostrava, p.o.			
Identifikace poskytovatele zdravotních služeb:		IČ: 00635162	PČZ: 000	ODD: 54	
Lékař, který provedl pitvu:		Jméno:	Telefon: 596194392		
V Ostravě		dne	v		
(místo pitvy)		(den, měsíc, rok)	(hodina)		
<small>razítka s identifikací poskytovatele zdravotních služeb a podpis lékaře, který provedl pitvu</small>					