



# ÖLÜM BELGESİ



Bu nüsha formun doldurulduğu sağlık kurumunda muhafaza edilecektir.

S1

Form no: 000000001

İl	.....	.....	Belde ya da köy	.....	.....
İlçe	.....	.....	Kurum adı	.....	.....

<b>A</b> <b>ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ</b>	
Kimlik numarası	..... <input type="checkbox"/> Kimlik numarası yok
Uyruğu	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer .....
Adı ve soyadı	.....
Baba adı	.....
Doğum tarihi	Gün: ..... Ay: ..... Yıl: .....
Nüfusa kayıtlı olduğu ilçe*	.....
Cilt no*	.....
Aile sıra no*	.....
Birey sıra no*	.....
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....
Meslek	.....
Daimi ikametgah	il: ..... İlçe: ..... Belde ya da köy: ..... Yurtdışı: .....

<b>C</b> <b>Ölümün şekli</b>		
<input type="checkbox"/> Doğal ölüm	<input type="checkbox"/> Trafik kazası	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> İntihar	<input type="checkbox"/> İş kazası	<input type="checkbox"/> Araştırma aşamasında
<input type="checkbox"/> Cinayet	<input type="checkbox"/> Diğer kazalar	<input type="checkbox"/> Bilinmeyen

<b>D</b> Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?		
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	→ Bölüm E'ye geçiniz
İş yerinde yaralanma	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Tarih:	Gün: ..... Ay: ..... Yıl: .....	
Yaralanmanın yeri:	<input type="checkbox"/> Evde <input type="checkbox"/> Spor alanı <input type="checkbox"/> Yatılı kuruluş <input type="checkbox"/> Cadde ve otoyol <input type="checkbox"/> Kırsal alan (Çiftlik) <input type="checkbox"/> Ticaret ve hizmet alanı <input type="checkbox"/> Sanayi ve inş. yeri <input type="checkbox"/> Okul, diğer kur. ve idari yer <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız) .....	

<b>B</b>	
Ölüm tarihi	Ölüm Saati: ..... Gün: ..... Ay: ..... Yıl: .....
Ölüm yeri	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Hastane <input type="checkbox"/> İşyeri <input type="checkbox"/> Ambulans <input type="checkbox"/> Diğer taşıt <input type="checkbox"/> Diğer

<b>E</b> Otopsi yapıldı mı?	
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır → Bölüm F'ye geçiniz
Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?	
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır → Bölüm F'ye geçiniz
Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?	
<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

Ölüm Belgesindeki, adı soyadı ve hüviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir. Belge mevcut bilgiler ışığında doldurulmuştur. Doktor aynı zamanda F, G ve H kutularını doldurmakla sorumludur.

**BİLGİYİ VEREN**  
Adı ve Soyadı :  
Telefon :  
Yakınlık derecesi:  
İmza :

**FORMU DOLDURAN HEKİM**  
Adı ve Soyadı :  
Ünvanı:  
Tarih:  
İmza:  
Kaşe:



<b>F</b> <b>Ölü doğum</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	} Bölüm G'ye geçiniz	Annenin TC No	.....
<b>Bebek ölümü</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Annenin yaşı	..... Doğum sırası
Doğum Saati	.....	Gebelik süresi	..... Doğum ağırlığı

<b>G</b> Kadın ise, <input type="checkbox"/> Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğum esnasında gerçekleşti <input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti	<input type="checkbox"/> Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti <input type="checkbox"/> Anne ölümü değil
---	--

<b>H</b>	
<b>Ölüm Nedeni</b>	
<b>Bölüm I</b>	<b>Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre</b>
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a) ..... Bağlı olarak
<b>Önceki nedenler</b>	b) ..... Bağlı olarak
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, alta yatan durum en son belirtilecek	c) ..... Bağlı olarak
	d) .....
<b>Bölüm II</b>	
Ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.	
*Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.	

Açıklamalar için arka sayfaya bakınız.