

# LIST O PROHLÍDCE ZEMŘELÉHO

Oprava: 1. ano 2. ne Zdravotní pojišťovna

Část A - Matriční úřad

Mrtvě narozené dítě<sup>1)</sup>: 1. ano 2. ne Osoba neznámé totožnosti: 1. ano 2. ne

Číslo pojištění

(kód)

1. Jméno, popř. jména: ..... Příjmení: ..... Rodné příjmení: .....

2. Datum narození: ..... u osob nezjištěné totožnosti přibližné stáří ..... Rodné číslo

3. Pohlaví: 1. Muž 2. Žena 4. Státní občanství: 1. ČR 2. Jiné, uveďte jaké .....

5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok): ..... čas úmrtí (hh : mm) : .....

Jedná se o pravděpodobné datum určené na základě odhadu 1. ano 2. ne

6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, část obce, k.ú.: ..... Jedná se o místo  
č.p. č. evid. ..... okres ..... 1. úmrtí  
u zemřelých v cizině stát: ..... 2. nálezu7. Místo narození obec: ..... okres .....  
u narozených v cizině stát: .....8. Místo trvalého pobytu: ulice, č.p. ....  
obec: ..... okres: ..... stát: .....9. Nejvyšší ukončené vzdělání: 1. základní, bez vzdělání 2. střední bez maturity, včetně vyučených 3. střední s maturitou  
4. vyšší odborné 5. vysokoškolské 6. nezjištěno10. Stav: 1. svobodný 2. ženatý/vdaná 3. rozvedený(á) 4. ovdovělý(á)  
5. partnerství 6. zaniklé partnerství rozhodnutím 7. zaniklé partnerství smrtí 8. nezjištěno11. Jméno, popř. jména a příjmení manžela(ky) / partnera(ky) zemřelého, pokud žije ..... Datum narození manžela(ky) / partnera (ky)  
zemřelého12. a) Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké .....  
2. ne13. a) Návrh prohlížejího lékaře ..... Pitva vyžadována 1. ano 2. ne  
(určení pitvy patologicko-anatomické nebo zdravotní, 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 s povolení, pracovní úraz apod.)

Identifikace poskytovatele zdravotních služeb

IČ ..... PČZ ..... ODD .....

Název poskytovatele zdravotních služeb .....

Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého ..... Telefon .....

V ..... dne .....  
(místo prohlídky) (den, měsíc, rok a hodina prohlídky)razítko poskytovatele zdravotních služeb  
a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého

## Vyplní se pouze v případě vyžádání pitvy

12. b) Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké .....  
2. ne

13. b) Sdělení 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 s povolení, pracovní úraz apod.)

Identifikace poskytovatele zdravotních služeb - pitva

IČ ..... PČZ ..... ODD .....

Název poskytovatele zdravotních služeb .....

Jméno a příjmení lékaře, který provedl pitvu ..... Telefon .....

V ..... dne .....  
(místo pitvy) (den, měsíc, rok a hodina pitvy)razítko poskytovatele zdravotních služeb  
a podpis lékaře, který provedl pitvu

# LIST O PROHLÍDCE ZEMŘELÉHO

Oprava: 1. ano 2. ne Zdravotní pojišťovna

Část A - Provozovatel pohřební služby

Mrtvě narozené dítě<sup>1)</sup>: 1. ano 2. ne

Osoba neznámé totožnosti: 1. ano 2. ne

Číslo pojištění

(kód)

1. Jméno, popř. jména: ..... Příjmení: ..... Rodné příjmení: .....

2. Datum narození: ..... u osob nezjištěné totožnosti přibližné stáří ..... Rodné číslo

3. Pohlaví: 1. Muž 2. Žena 4. Státní občanství: 1. ČR 2. Jiné, uveďte jaké .....

5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok): ..... čas úmrtí (hh : mm) : .....

Jedná se o pravděpodobné datum určené na základě odhadu 1. ano 2. ne

6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, část obce, k.ú: ..... Jedná se o místo

č.p. č. evid. ..... okres ..... 1. úmrtí

u zemřelých v cizině stát: ..... 2. nálezu

7. Místo narození obec: ..... okres .....

u narozených v cizině stát: .....

8. Místo trvalého pobytu: ulice, č.p. ....

obec: ..... okres: ..... stát: .....

9. Nejvyšší ukončené vzdělání: 1. základní, bez vzdělání 2. střední bez maturity, včetně vyučených 3. střední s maturitou  
4. vyšší odborné 5. vysokoškolské 6. nezjištěno10. Stav: 1. svobodný 2. ženatý/vdaná 3. rozvedený(á) 4. ovdovělý(á)  
5. partnerství 6. zaniklé partnerství rozhodnutím 7. zaniklé partnerství smrtí 8. nezjištěno

11. Jméno, popř. jména a příjmení manžela(ky) / partnera(ky) zemřelého, pokud žije Datum narození manžela(ky) / partnera (ky)

zemřelého

12. a) Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké .....  
2. ne

13. a) Návrh prohlízejícího lékaře ..... Pitva vyžadována 1. ano 2. ne

(určení pitvy patologicko-anatomické nebo zdravotní, 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 s povolení, pracovní úraz apod.)

Identifikace poskytovatele zdravotních služeb

IČ ..... PČZ ..... ODD .....

Název poskytovatele zdravotních služeb .....

Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého ..... Telefon .....

V ..... dne .....

(místo prohlídky) (den, měsíc, rok a hodina prohlídky)

razítko poskytovatele zdravotních služeb  
a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého

## Vyplní se pouze v případě vyžádání pitvy

12. b) Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké .....  
2. ne

13. b) Sdělení 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 povolení, pracovní úraz apod.)

Identifikace poskytovatele zdravotních služeb - pitva

IČ ..... PČZ ..... ODD .....

Název poskytovatele zdravotních služeb .....

Jméno a příjmení lékaře, který provedl pitvu ..... Telefon .....

V ..... dne .....

(místo pitvy) (den, měsíc, rok a hodina pitvy)

razítko poskytovatele zdravotních služeb  
a podpis lékaře, který provedl pitvu

# LIST O PROHLÍDCE ZEMŘELÉHO

Oprava: 1. ano 2. ne Zdravotní pojišťovna

Část A - Osoba zajišťující pohřbení

Mrtvě narozené dítě<sup>1)</sup>: 1. ano 2. ne

Osoba neznámé totožnosti: 1. ano 2. ne

Číslo pojištění

(kód)

1. Jméno, popř. jména: ..... Příjmení: ..... Rodné příjmení: .....

2. Datum narození: ..... u osob nezjištěné totožnosti přibližné stáří ..... Rodné číslo

3. Pohlaví: 1. Muž 2. Žena 4. Státní občanství: 1. ČR 2. Jiné, uveďte jaké .....

5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok): ..... čas úmrtí (hh : mm) : .....

Jedná se o pravděpodobné datum určené na základě odhadu 1. ano 2. ne

6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, část obce, k.ú: ..... Jedná se o místo

č.p. č. evid. ..... okres ..... 1. úmrtí

u zemřelých v cizině stát: ..... 2. nálezu

7. Místo narození obec: ..... okres .....

u narozených v cizině stát: .....

8. Místo trvalého pobytu: ulice, č.p. ....

obec: ..... okres: ..... stát: .....

9. Nejvyšší ukončené vzdělání: 1. základní, bez vzdělání 2. střední bez maturity, včetně vyučených 3. střední s maturitou  
4. vyšší odborné 5. vysokoškolské 6. nezjištěno10. Stav: 1. svobodný 2. ženatý/vdaná 3. rozvedený(á) 4. ovdovělý(á)  
5. partnerství 6. zaniklé partnerství rozhodnutím 7. zaniklé partnerství smrtí 8. nezjištěno

11. Jméno, popř. jména a příjmení manžela(ky) / partnera(ky) zemřelého, pokud žije Datum narození manžela(ky) / partnera (ky)

zemřelého

12. a) Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké .....  
2. ne

13. a) Návrh prohlízejícího lékaře .....

Pitva vyžadována 1. ano 2. ne

(určení pitvy patologicko-anatomické nebo zdravotní, 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 s povolání, pracovní úraz apod.)

Identifikace poskytovatele zdravotních služeb IČ ..... PČZ ..... ODD .....

Název poskytovatele zdravotních služeb .....

Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého ..... Telefon .....

V ..... dne .....

(místo prohlídky) (den, měsíc, rok a hodina prohlídky)

razítko poskytovatele zdravotních služeb  
a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého

## Vyplní se pouze v případě vyžádání pitvy

12. b) Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké .....  
2. ne

13. b) Sdělení 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 s povolání, pracovní úraz apod.)

Identifikace poskytovatele zdravotních služeb - pitva IČ ..... PČZ ..... ODD .....

Název poskytovatele zdravotních služeb .....

Jméno a příjmení lékaře, který provedl pitvu ..... Telefon .....

V ..... dne .....

(místo pitvy) (den, měsíc, rok a hodina pitvy)

razítko poskytovatele zdravotních služeb  
a podpis lékaře, který provedl pitvu