

2. a. Ngày tử vong: _____
 b. Nơi tử vong: _____
 c. Nguyên nhân tử vong: _____
3. Với kiến thức của bác sĩ, vui lòng cho biết tên và địa chỉ của tất cả bác sĩ đã điều trị trong vòng 3 năm qua cho người tử vong.

Ngày (ngày/ tháng/ năm)	Tên bệnh	Chi tiết điều trị/ Tên bệnh viện	Tên và địa chỉ của bác sĩ điều trị

4. Có bệnh nào đã góp phần hay dẫn đến nguyên nhân tử vong? Nếu “Có” vui lòng cho biết chi tiết?

5. a. Người tử vong có thói quen hút thuốc, uống rượu hay dùng ma túy? Có Không
 b. Trong quá khứ, người tử vong đã trải qua bệnh nào mà gây ra tử vong? Có Không
 c. Đã có bất cứ tiền sử gia đình nào dẫn đến nguyên nhân tử vong? Có Không
 d. Tử vong do tự tử? Có Không
Phần dành cho phụ nữ:
 e. Nguyên nhân tử vong do thai sản hoặc biến chứng thai sản? Có Không
 Nếu trả lời “Có” cho bất kì câu hỏi trên, vui lòng cho biết số thứ tự câu và chi tiết:
-

6. Đã có thực hiện khám nghiệm tử thi không? Có Không

Nếu “Có”, vui lòng cung cấp một bản báo cáo.

7. Bạn có đồng ý cho công ty bảo hiểm/ người xét hồ sơ bồi thường đưa thông tin và giải thích về kết quả hồ sơ cho gia đình người tử vong khi họ yêu cầu không? Có Không

Tôi dưới đây kí tên và cam kết rằng tôi đã khám và điều trị cho bệnh nhân với những bệnh nêu trên. Và những sự kiện thực tế trên là ý kiến của tôi cho điều kiện sức khỏe của người tử vong.

Tên bác sĩ điều trị: _____ Ký tên (đóng dấu): _____

Văn bằng: _____ Ngày (ngày/ tháng/năm): _____

Điện thoại: _____

Fax: _____

Email: _____