



الرقم: ..... التاريخ: ..... Date: .....

### تبليغ عن وفاة

اسم المتوفى: ..... جنسه: ..... سنه: ( ) الديانة: ( )  
رقم الملف الطبي: ( )  
جنسيته: ( ) رقم الجواز أو الحفيظة: ..... مهنته: .....  
اسم والد المتوفى: ..... جنسيته: ( )  
اسم والدة المتوفى: ..... جنسيته: ( )  
مكان إقامة المتوفى: ..... محل ولادته: .....  
مكان الوفاة: .....  
التشخيص عند الدخول: .....  
تاريخ دخول المتوفى المستشفى: (التاريخ الهجري): / / ١٤ / (التاريخ الميلادي): / / ٢٠٠ م

### تقرير طبي سبب الوفاة،

(١) أ- المرض أو الحالة التي أدت مباشرة للوفاة:

مرتبة على:

الحالات المرضية إن وجدت

التي ترتب عليها سبب الوفاة

ب- .....

مرتبة على:

ج- .....

(٢) أمراض أو حالات أخرى ساعدت على الوفاة ولكن ليس لها علاقة مباشرة بسبب الوفاة:

تاريخ الوفاة: الساعة: ..... اليوم: ..... التاريخ الهجري: / / ١٤ / التاريخ الميلادي: / / ٢٠٠ م  
كشف عليه بعد الوفاة: نعم ( ) لا ( ) اسم الطبيب الذي أجرى الكشف: ..... توقيعه: .....  
اسم المبلغ وعنوانه وصلته بالمتوفى: .....

الطبيب المعالج

مدير المستشفى