

بسمه تعالی

فرم ثبت اطلاعات تلفنی از متوفیات

مشخصات متوفی

نام و نام خانوادگی:

سن:

جنس:

نحوه حدوث فوت:

سابقه بیماری و حوادث:

شغل:

محل فوت:

سابقه جانمایی:

سابقه مصرف دارو:

سابقه مصرف مواد مخدر:

تابعیت:

مشخصات تماس گیرنده:

نام و نام خانوادگی:

نسبت با متوفی یا سمت در بیمارستان: