

Ο θάνατος δηλώνεται στο Ληξιαρχείο εντός εικοσιτεσσάρων (24) ωρών από την επέλευσή του.
(Άρθρο 32. Παραγρ. 1Ν. 344/1976)

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟΥ

(Εκδίδεται για τη δήλωση του θανάτου, κατά το άρθρο 32 του Ν.344/1976)

Ο υπογεγραμμένος Ιατρόςβεβαιώνει ότι σήμερα στιςτου μήνα..... του έτους ημέρα και ώρα πέθανε στο Νοσοκομείο, Κλινική ή κατοικία..... οδόςαρ..... του Δήμου..... της Δημοτικής Ενότητας της Δημοτικής/Τοπικής Κοινότητας του Νομού ο κατωτέρω αναφερόμενος:

1. Επώνυμο Όνομα
2. Επώνυμο πατέρα..... Όνομα πατέρα.....
3. Επώνυμο μητέρας Όνομα μητέρας
4. Φύλο (άρρεν ή θήλυ).....Α.Φ.Μ..... ΑΜΚΑ.....
5. Στοιχεία Ταυτότητας: Είδοςαριθμ..... Ημερ. έκδοσης
6. Φορείς ασφάλισης/συνταξιοδότησης: 1..... 2..... 3.....
7. Χρονολογία γεννήσεως του θανόντα: Ημέρα του μήνα..... Μήνας..... Έτος.....
8. Τόπος γεννήσεως του θανόντα: Δήμος ή Δημ. Ενότητα..... Δημοτική/Τοπική Κοινότητα..... Οικισμός..... Νομός..... Πόλη Εξωτερικού..... Χώρα Εξωτερικού.....
9. Επάγγελμα (είδος εργασίας)..... Θρήσκευμα Δόγμα
10. Επάγγελμα προ συνταξιοδότησης (είδος εργασίας)
11. Επίπεδο εκπαίδευσης.....Ιθαγένεια.....
12. Μόνιμη κατοικία του θανόντα: οδόςαρ.....ΤΚ.... Δημ./Τοπ. Κοινότητα Δήμος ή Δημ. Ενότητα..... Νομόςή Χώρα του εξωτερικού.....
13. Δημότης Δήμου ή Δημ. ΕνότηταςΝομούΑριθμ. Δημοτολογίου.....
14. Οικογενειακή κατάσταση του θανόντα: (άγαμος, έγγαμος, σε σύμφωνο, χήρος/ χήρα, διαζευγμένος /διαζευγμένη).....
15. Όνομα του ή της συζύγου..... Επώνυμο
16. Ηλικία επιζώντος ή επιζώσης συζύγου.....
17. Για τα θανόντα βρέφη ηλικίας κάτω του ενός έτους:

Εντός γάμου εκτός γάμου
ηλικίας:

Γεννημένο εντός συμφώνου
συμβίωσης

Κάτω του ενός έτους		Κάτω των 24 ωρών	
Μήνες	Ημέρες	Ώρες	Λεπτά
.....
Νεκρογενές Βρέφος <input type="checkbox"/>	Νεκρογενές Βρέφος <input type="checkbox"/>
Βάρος (γραμμάρια)	Βάρος (γραμμάρια)
Διάρκεια κύησης (εβδομάδες)	Διάρκεια κύησης (εβδομάδες)
Ηλικία Μητέρας	Ηλικία Μητέρας
ΑΜΚΑ Μητέρας	ΑΜΚΑ Μητέρας
.....

18. Μέρος όπου ακριβώς συνέβη ο θάνατος: (Ιδιωτ. κατοικία, Νοσοκομείο ή Μαιευτήριο, Ίδρυμα ομαδικής συνοίκησης, άλλο μέρος).....
19. Στοιχεία Ενταφιασμού: Τόπος..... Ημ/νία Ταφής Ώρα.....
20. Ο πιστοποιών ιατρός είναι ο θεράπων ή άλλος ιατρός:.....

<p>21. Αιτία θανάτου (σωματική)</p> <p style="text-align: center;">I</p> <p>Νόσος ή νοσηρή κατάσταση που προκάλεσε κατευθείαν το θάνατο (1)</p> <p>Προηγηθείσες αιτίες</p> <p>Οι τυχόν νοσηρές καταστάσεις, που συντέλεσαν στην εμφάνιση της ανωτέρω αιτίας. Να αναφέρετε τελευταία την υποκείμενη (αρχική αιτία)</p> <p style="text-align: center;">II</p> <p>Άλλες σημαντικές παθολογικές καταστάσεις που συνέβαλαν στην επέλευση του θανάτου αλλά δεν σχετίζονται με το νόσημα ή τη νοσηρή κατάσταση, που προκάλεσε το θάνατο</p>	<p>Διάρκεια νόσου, κατά προσέγγιση, από την εκδήλωσή της μέχρι το θάνατο</p> <p>.....</p> <p>α)..... που οφείλεται σε (απότοκος)</p> <p>β) που οφείλεται σε (απότοκος)</p> <p>γ).....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>22. Επί βίαιου θανάτου:</p> <p>Είδος αυτού: Ατύχημα <input type="checkbox"/> Αυτοκτονία <input type="checkbox"/> Ανθρωποκτονία <input type="checkbox"/></p>	<p>Εξωτερική αιτία αυτού: δηλ. μέσο ή τρόπος με τον οποίο προκλήθηκε ο θάνατος. (Η σωματική βλάβη θα περιληφθεί στο I και II)</p> <p>.....</p>
<p>ΣΗΜ.:(1) Δεν πρόκειται για τον τρόπο του θανάτου, π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, συγκοπή, εξάντληση κλπ. αλλά για την νόσο, την κάκωση ή την επιπλοκή που προκάλεσε το θάνατο</p>	

.....20...
(Ημερομηνία)

Ο παρέχων στον ιατρό τις λοιπές πληροφορίες για τον θανόντα πλην της αιτίας του θανάτου (υπογραφή)

Ο Πιστοποιών Ιατρός (υπογραφή & σφραγίδα)

Όνομ/μο.....
Δ/νση κατοικίας: Οδόςαρ.....
.....
(Δήμος ή Δημ. Ενότητα – Νομός)

Όνομ/μο.....
Αριθ. τηλεφώνου.....
Δ/νση κατοικίας: Οδόςαρ.....ΤΚ.....
.....
(Δήμος ή Δημ. Ενότητα – Νομός)

Επικυρώνεται το γνήσιο της υπογραφής του πιστοποιούντος γιατρού

.....
.....
(υπογραφή & σφραγίδα)

Επώνυμο Όνομα