

Vzor číslic pro vyplnění rodného čísla:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

List o prohlídce zemřelého		Oprava: 1. ano 2. ne	Zdravotní pojišťovna: (kód) Číslo pojištění:
Část A – Matriční úřad		Mrtvě narozené dítě^{*)}: 1. ano 2. ne	
		Osoba neznámé totožnosti: 1. ano 2. ne	
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 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. nezjištěno			
10. Stav: 1. svobodný(á) 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	
12a Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké..... 2. ne			
13a Návrh prohlížejícího 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 z povolání, pracovní úraz apod.)			
Identifikace poskytovatele zdravotních služeb		IČ PČZ ODD	
Název poskytovatele zdravotních služeb		Telefon	
Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého.....			
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

12b Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké..... 2. ne	
13b 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 povolání, pracovní úraz apod.)	
Identifikace poskytovatele zdravotních služeb - pitva	
Název poskytovatele zdravotních služeb	
IČ PČZ ODD	
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	