

نموذج اثبات الوفاة بيان الطبيب

المقدمة إلى أميركان لايف إنشورنس كومباني

يجب أن تحرر جميع الأجوية بخط الطبيب.
يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومفروء.

أميركان لايف إنشورنس كومباني (متاليف)
الكويت، ص.ب. ٦١٩، الصفا ١٣٠٧، الكويت
هاتف +٩٦٥ ٢٠٨٩٣٤٤ فاكس +٩٦٥ ٢٠٨٩٣٥٠

(أ) الإسم الكامل للمتوفى																	
(ب) محل الإقامة في وقت الوفاة																	
(ج) سن المتوفى عند الوفاة																	
(د) تاريخ الوفاة																	
(ه) مكان الوفاة																	
(و) إذا توفي في مستشفى أو مؤسسة فإذا ذكر الإسم																	
١. سبب الوفاة إذا ذكر سبباً واحداً فقط تحت كل من (أ، ب و ج) المرض أو السبب الذي أدى مباشرة إلى الوفاة																	
(أ)	الأسباب التي ساهمت في الوفاة																
(ب)																	
(ج)																	
الفترة ما بين البداية والوفاة																	
(أ)																	
(ب)																	
(ج)																	
٣. متى إستشاركم المتوفى لأول مرة بقصد مرضه الأخير؟																	
٤. متى إستشاركم المتوفى لآخر مرة بقصد مرضه الأخير؟																	
٥. هل تسبب الوفاة عن إنتحار أو قتل أو حادث؟ ذكر الأسباب باختصار																	
٦. (أ) هل جرى تحقيق رسمي؟ (ب) هل شرحت جثة المتوفى؟ (ج) إذا كان ذلك فأي إجراء اتخذ من قام به؟ وماذا كانت النتيجة؟																	
٧. (أ) هل وجدت علامات مميزة على الجثة؟ (ب) إن كان الجواب "نعم" فأذكر التفاصيل																	
٨. (أ) هل عالجتم أو أعطيتم المشورة للمتوفى قبل مرضه الأخير؟ (ب) هل عولج المتوفى، حسب معرفتكم، خلال الخمس سنوات الأخيرة من قبل طبيب آخر، أو مستشفى، أو مؤسسة؟ إن كان الجواب "نعم" فأذكري:																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>التاريخ</th> <th>طبيعة المرض أو الإصابة</th> <th>العنوان</th> <th>الإسم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>س س ش ش ي ي</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>س س ش ش ي ي</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>س س ش ش ي ي</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		التاريخ	طبيعة المرض أو الإصابة	العنوان	الإسم	س س ش ش ي ي				س س ش ش ي ي				س س ش ش ي ي			
التاريخ	طبيعة المرض أو الإصابة	العنوان	الإسم														
س س ش ش ي ي																	
س س ش ش ي ي																	
س س ش ش ي ي																	
اسم الطبيب																	
عنوان الطبيب																	
التاريخ التوقيع والختم																	