

\_\_\_\_\_ (наименование организации, выдавшей заключение)

**Посмертный эпикриз  
(заключение о констатации смерти человека, умершего  
вне организации здравоохранения)**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.

3. Адрес места жительства (места пребывания) \_\_\_\_\_

4. Место констатации смерти (осмотра трупа) \_\_\_\_\_

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время \_\_\_\_\_ (часов)

5. В присутствии (указать) \_\_\_\_\_

6. Известные обстоятельства смерти \_\_\_\_\_

7. Наружный осмотр трупа (с целью установления видимых признаков  
насильственной смерти - следов механических повреждений и асфиксии,  
отравления, действия крайних температур, электричества и других) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Заключение (подчеркнуть):  
клиническая смерть до прибытия медицинских работников;  
биологическая смерть до прибытия медицинских работников;  
смерть при оказании медицинской помощи.

Врач (фельдшер, помощник врача)

\_\_\_\_\_ должность \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ инициалы, фамилия

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

С оформлением факта смерти без проведения вскрытия согласен.

\_\_\_\_\_ (степень родства с умершим, основания законного представительства)

\_\_\_\_\_ инициалы, фамилия \_\_\_\_\_ подпись "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Сотрудник органа внутренних дел (руководитель следственно-оперативной  
группы):

Оснований для вызова следственно-оперативной группы не имеется.

\_\_\_\_\_ должность \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ инициалы, фамилия

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
время