

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 Ιατρός .....βεβαιώνει ότι σήμερα στις .....του μήνα..... του έτους ..... ημέρα ..... και ώρα ..... πέθανε στο Νοσοκομείο, Κλινική ή κατοικία..... οδός .....αρ..... 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: Είδος .....αριθμ..... 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: οδός .....αρ.....ΤΚ.... Δημ./Τοπ. Κοινότητα ..... Δήμος ή Δημ. Ενότητα..... Νομός .....ή Χώρα του εξωτερικού.....
13. Δημότης Δήμου ή Δημ. Ενότητας .....Νομού .....Αριθμ. Δημοτολογίου.....
14. Οικογενειακή κατάσταση του θανόντα: (άγαμος/ έγγαμος, σε σύμφωνο / από λύση συμφώνου, 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  Γεννημένο εντός συμφώνου συμβίωσης

Νεκρογενές Βρέφος

ηλικίας:

Κάτω του ενός έτους		Κάτω των 24 ωρών	
Μήνες	Ημέρες	Ώρες	Λεπτά
.....	.....	.....	.....
Βάρος (γραμμάρια) .....	.....	Βάρος (γραμμάρια) .....	.....
Διάρκεια κύησης .....	.....	Διάρκεια κύησης .....	.....
(εβδομάδες)	.....	(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 ( * )</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_1 <input type="checkbox"/> Τροχαίο ατύχημα_2 <input type="checkbox"/></p> <p>Αυτοκτονία_3 <input type="checkbox"/> Ανθρωποκτονία_4 <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>

(\* ) Δεν πρόκειται για τον τρόπο του θανάτου, π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, συγκοπή, εξάντληση κλπ. αλλά για τη νόσο, την κάκωση ή την επιπλοκή που προκάλεσε το θάνατο

.....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/ση κατοικίας: Οδός .....αρ.....  
.....  
(Δήμος ή Δημ. Ενότητα – Νομός)

Όνομ/μο.....  
Αριθ. τηλεφώνου.....  
Δ/ση κατοικίας: Οδός .....αρ.....ΤΚ.....  
.....  
(Δήμος ή Δημ. Ενότητα – Νομός)

Επικυρώνεται το γνήσιο της υπογραφής του πιστοποιούντος γιατρού

.....  
.....  
(υπογραφή & σφραγίδα)

Επώνυμο ..... Όνομα .....

