



Rouwvervoer & Uitvaartverzorging

MEDICAL – STATEMENT

Geneeskundige verklaring | Déclaration médicale | Ärztliche Erklärung

I, THE UNDERSIGNED: .....  
(ik, Ondertekende | Le soussigné | Der Unterzeichnete)

PRACTISING PHYSICIAN AT: .....  
(Praktijk arts bij)

HEREBY DECLARE THAT I HAVE MEDICALLY ATTENDED THE BODY OF:

(Verklaar hierbij dat ik het lichaam van)

SURENAME AN CHRISTIAN NAMES: .....  
(Achternaam en voornamen)

DATE OF BIRTH: .....  
(Geboortedatum)

PLACE OF BIRTH: .....  
(Geboorteplaats)

DATE OF DEATH: .....  
(Overlijdensdatum)

PLACE OF DEATH: .....  
(Overlijdensplaats)

THE ABOVE SAID DID NO DIE OF ANY CONTAGIOUS DISEASE, BUT FROM

(Bovenstaande persoon overleed niet aan enige besmettelijke ziekte, maar aan)

CAUSE OF DEATH : .....  
(Doodsoorzaak) .....

AUTOPSY (EXAMINATION) HAS TAKEN PLACE AT: .....  
(Obductie heeft plaats gevonden bij)

AUTOPSY HAS NOT TAKEN PLACE.  
(Obductie heeft niet plaats gevonden)

DATE : ..... - ..... - .....  
(Datum)

SIGNATURE: .....  
(Handtekening/Unterschrift):

Big registratienummer: .....

Stempel/Stamp:

