

المملكة الأردنية الهاشمية
وزارة الداخلية
دائرة الأحوال المدنية والجوازات

تبلغ عن واقعة وفاة
لمن له قيد/ لمن ليس له قيد

الرقم الوطني للمتوفى:	الجنس: الجنسية:
	الديانة: الحالة الإجتماعية:

الاسم:			
--------	--	--	--

مكان الوفاة:	تاريخ الوفاة:/...../..... وقت الوفاة الدقيقة/الساعة:
تاريخ الوفاة بالحروف:	
تاريخ الولادة:/...../.....	مكان الولادة:
مكان الإقامة المدينة:	اللواء:
	المحافظة:
	ت:.....

الجزء الطبي الخاص بسبب الوفاة

المدة بين بداية السبب والوفاة	الرمز	أسباب الوفاة
.....	الجزء الأول: ١- السبب المباشر للوفاة. ٢- الأحوال المرضية التي أدت إلى السبب المباشر للوفاة
.....	ب نتج عن:
.....	ج نتج عن:
.....	د نتج عن:
.....	الجزء الثاني: الأمراض أو الحالات التي ساعدت في حدوث الوفاة ولا صلة لها بالمرض الأصلي المذكور في الجزء الأول
- إذا كانت الوفاة أنثى في سن الانجاب (١٥-٤٩) هل حدثت الوفاة أثناء: <input type="checkbox"/> الحمل <input type="checkbox"/> الولادة <input type="checkbox"/> النفاس (خلال ٤٢ يوم) <input type="checkbox"/> غير ذلك		
- تمت الوفاة في: <input type="checkbox"/> مستشفى عام <input type="checkbox"/> مستشفى خاص <input type="checkbox"/> مركز صحي <input type="checkbox"/> عيادة خاصة <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> غير ذلك		
- هل تم إبلاغ الجهات القضائية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> تم تعبئة هذا النموذج حسب قناعاتي الطبية معتمداً في ذلك على: <input type="checkbox"/> معاينة المتوفى قبل وفاته <input type="checkbox"/> مشاهدة الجثة بعد الوفاة <input type="checkbox"/> تشريح الجثة <input type="checkbox"/> الملف والتقارير الطبية		
اسم الجهة التي تمت فيها الوفاة:		
اسم الطبيب: التوقيع: الخاتم الرسمي: التاريخ:/...../.....		

الرقم الوطني للمبلغ:	الاسم:	صفة المبلغ:
وثيقة إثبات الشخصية: نوعها:	رقمها:	توقيع المبلغ:

اسم المحكمة:	رقم القرار:	تاريخ القرار:/...../.....			
اسم وتوقيع الموظف والخاتم	القبول: أمين المكتب: مدخل البيانات: المدقق:	توقيعه	توقيعه	توقيعه	توقيعه
مكتب الواقعة:	رقم الواقعة:	التاريخ:/...../.....	اسم وتوقيع الموظف:		

• ملاحظة/ يجب التبليغ عن الوفاة خلال أسبوع من تاريخ حدوثها أو ثبوتها مرفقاً بها دفتر عائلة المتوفى وبطاقته الشخصية نموذج ٤