



## MEDICAL – STATEMENT

Geneeskundige verklaring | Déclaration médicale | Ärztliche Erklärung

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 NOT 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)

DIED OF COVID-19 YES/NO: .....

(Aan covid-19 overleden ja/nee)

I, THE UNDERSIGNED: .....

(ik, Ondertekende | Le soussigné | Der Unterzeichnete)

PRACTISING PHYSICIAN AT: .....

(Praktijk arts bij)

Big registratienummer: .....

DATE : ..... - ..... - .....

(Datum)

SIGNATURE: .....

(Handtekening/Unterschrift):