|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **מדינת ניו יורק**  **משרד הבריאות**  **הודעת פטירה** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | מס' מחוז  **101** | אזור מרשם אוכלוסין | תת-מחוז |
| מס' רישום 890 |  |  |
| 1. שם פרטי שם אמצעי שם משפחה הנרי לינדנבאום | | | | | | | | | 2. מין  🗹 זכר (1) 🞏 נקבה (2) | | | | | | A3. תאריך פטירה   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | | **4** | **25** | **82** | | | | | B3. שעה  **08:15** | המנוח | מחוז סטטיסטי REC\_\_\_\_   RES\_\_\_\_ |
| 4. גיל **45 שנים** | אם פחות משנה   |  |  | | --- | --- | | חודשים | ימים | |  |  | | | | אם פחות מיממה   |  |  | | --- | --- | | שעות | דקות | |  |  | | | | | 5. תאריך לידה   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | | **12** | **25** | **36** | | | | | | | 6. יוצא צבא ארה"ב 🗹 לא 🞏 כן אם כן, אנא פרטו באיזו מלחמה או את מועד השירות | | | | 7. מספר ביטוח לאומי  **159.30.5829** | | C8\_\_\_\_\_ |
| A8. מחוז הפטירה  **אלבני** | | B8 בחרו את המתאים ופרטו 🞏עיר 🞏עיירה 🞏 כפר  **אלבני** | | | | | C8. בית חולים או מוסד (באין כזה, אנא ציינו כתובת)   **מרכז רפואי אלבני** | | | | D8. במידה ובבית חולים או במוסד, בחרו אחד: 🞏 נפטר עם הגעתו 🞏 חדר מיון 🞏 מרפאת חוץ 🗹 אשפוז | | | | | | E8. תאריך קבלה למוסד   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | | 4 | 25 | 82 | | | | 9\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. מדינת הלידה (אם לא מארה"ב, ציינו– ארץ)  **בלגיה** | | | 10. אזרחות   **אמריקאי** | | 11. מצב משפחתי (בחרו אחד) 🞏 מעולם לא נישא(1) 🗹 נשוי או פרוד (2) 🞏 אלמן (3) 🞏 גרוש | | | | | | | 12. בן הזוג הנותר  (אם אשת המנוח, ציינו את שם הנעורים)  **רות זאוולמוף** | | | | | | | | 13\_\_\_\_\_\_ |
| 13. שיוך אתני (לבן, שחור, ילידי, אחר - פרטו)    **לבן** | 14. מוצא ספרדי (אם כן, סמנו את המתאים) 🞏 כן 🞏 לא  🞏 מקסיקו 🞏 פורטו ריקו 🞏 קובה 🞏 מרכז או דרום אמריקה 🞏 אחר (פרטו) | | | 15. השכלה: ציינו את רמת ההשכלה הגבוהה ביותר שהושלמה יסודי  תיכון  מכללה | | | | A16. עיסוק (אין לכתוב "בפנסיה")      **מנהל** | | | | | | B16. תחום העיסוק או התעשייה     **הפצה** | | C16. שם וכתובת מקום העבודה | | | | 14\_\_\_\_\_\_\_ |
| A17. מדינה  **ניו יורק** | | B17. מחוז  **נסאו** | | | | C17. בחרו את המתאים ופרטו 🞏עיר 🞏עיירה 🗹 כפר **אולד ברוקוויל** | | | | | | | E17. אם עיר או כפר, האם המען מצוי בטווח העיר או הכפר? 🗹 כן 🞏 לא אם לא, פרטו באיזו עיירה | | | | | | | מען |  |
| D17 כתובת המגורים: רחוב ומספר בית, נא לציין מיקוד  **דרך סידר סוואמפ** | | | | | | | | | | | | | מקום מגוריו הקבוע של המנוח |
| A18. שם האב שם פרטי שם אמצעי שם משפחה  **נתן לינדנבאום** | | | | | | | | | | B18. שם נעורים של האם שם פרטי שם אמצעי שם משפחה  **גיטי אמסל** | | | | | | | | | | הורים |  |
| A19. פרטי המודיע שם פרטי שם אמצעי שם משפחה  **רות לינדנבאום** | | | | | | | | | | B19 .מען (כולל מיקוד)  **דרך סידר סוואמפ, אולד ברוקוויל, ניו יורק** | | | | | | | | | | A16\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A20. קבורה, שריפה, לקיחה, אחר (פרטו)  **קבורה** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | | **4** | **30** | **82** | | | | | B20. מקום הקבורה, שריפה, לקיחה, אחר  **שארון גרדנס** | | | | | | | | C20. מיקום (עיר, עיירה או מדינה)   **ווסטצ'סטר, ניו יורק** | | | | | | טיפול בגופה | B16\_\_\_\_\_ |
| A21. שם ומען בית הלוויות  **ריוורסייד ממוריאל צ'אפל, 180 מזרח רחוב 76, ניו יורק** | | | | | | B21. מספר עסק  **04252** | | | | | | | | | | | | |  |
| A22. שם מנהל בית הלוויות ברויין פ. פלרמו | | | | | | B22. חתימת מנהל בית הלוויות | | | | | | | | C22. מספר עוסק **04252** | | | | |  |
| A23. חתימת הרשם | | | | | | B23. תאריך מילוי   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | | **אפריל** | **28** | **82** | | | | | | | | | A24. אישור הקבורה או לקיחה ניתן ע"י **סוזן ב' פרינאלי**  B24.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | | **אפריל** | **28** | **82** | | | | | | 21\_\_\_\_\_\_ |
| 25. ימולא על ידי הרופא המאשר בלבד - או - 26. ימולא על ידי פתולוג או חוקר מקרי מוות | | | | | | | | | | | | | | | | | | | אישור רפואי |  |
| A. למיטב ידיעתי, המוות ארע בשעה, ביום, במקום ובשל הנסיבות הבאות חתימה   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | |  |  |  | | | | | | | | | |  | A. בהתאם לממצאי הבדיקה או חקירה, דעתי היא שהמוות ארע בשעה, ביום, במקום ובשל הנסיבות הבאות   |  |  | | --- | --- | | חתימה ותפקיד | 🞏 חוקר מקרי מוות 🗹רופא חוקר 🞏 פתולוג | | | | | | | | | | 25\_\_\_\_\_\_ |
| B. הרופא טיפל במנוח מתאריך:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | |  |  |  |   ועד:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | |  |  |  | | | | C. נראה בחיים לאחרונה בתאריך   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | |  |  |  | | | | | | |  | B. מועד הכרזת הפטירה   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | | **4** | **28** | **82** | | | | | | C. שעה    **08:15** | | | D. תאריך חתימה   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | | **4** | **28** | **82** | | 27\_\_\_\_\_\_\_ |
| D. שם הרופא המטפל באם שונה מהמאשר | | | | | | | | |  | E. חתימת חוקר מקרי המוות או פתולוג, אם שונה מהחוקר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | 30\_\_\_\_\_\_\_ |
| 26. שם ומען המאשר (רופא, חוקר מקרי מוות אחראי רפואי)  **דר' ג. נ. פ. דייויס, חוות סימרטונה ??, דרך רואו, סלקירק, ניו יורק 12158** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | G30\_\_\_\_\_ |
| 27. סיבת המוות סיבה אחת בלבד בכל שורה (A' B' C) | | | | | | | | | | | | | | | | | פרק זמן משוער בין הגורם לבין מועד הפטירה | | סיבת המוות |  |
| חלק I. סיבה מיידית: A. **חבלה חמורה ברקמות המוח** | | | | | | | | | | | | | | | | | **4 ימים** | |  |
| בשל או כתוצאה מ: B. **תאונת רכב** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| בשל או כתוצאה מ: C. | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| חלק II. מצבים רפואיים אחרים שתרמו למוות אך אינם קשורים לסיבה שצויינה בחלק I (A) | | | | A28. נתיחה לאחר המוות 🞏 כן (1) 🗹 לא (2) | | | | | B28. אם כן, האם נעשה שימוש בממצאים לצורך בירור סיבת המוות ? 🞏 כן (1) 🞏 לא (2) | | | | | | | 29. האם המקרה הועבר לטיפול חוקר מקרי מוות? 🗹 כן (1) 🞏 לא (2) | | | מצב (באם יש) שעוררו את הנסיבות המיידיות; ציינו בסוף סיבה שאינה ישירה |
| A30. פרטו: תאונה, רצח, התאבדות, לא נקבע, בחקירה תאונה | | B30. תאריך הפציעה   |  |  |  | | --- | --- | --- | | חודש | יום | שנה | | **4** | **25** | **82** | | | | | | | C30. שעת הפציעה  **18:40** | | | D30. פרטו כיצד אירעה הפציעה **התנגשות בדרך, הוטח דרך שמשת הרכב** | | | | | | | |  |
| E30. תאונת עבודה 🞏 כן (1) 🗹 לא (2) | | | | | | | F30. מקום הפציעה: בית, מפעל, משרד, וכד כביש | | | | | G30. מיקום (רחוב ומס', עיר או כפר, מחוז, מדינה) **נורת'וויי 187 העיר בלטון במחוז וורן, ניו יורק** | | | | | | | NCHS\_\_\_\_  QR\_\_\_\_\_\_\_  QS\_\_\_\_\_\_\_  QCOD\_\_\_\_ |