|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מדינת ניו יורק** **משרד הבריאות** **הודעת פטירה** | מס' מחוז**101** | אזור מרשם אוכלוסין | תת-מחוז |
| מס' רישום890 |  |  |
| 1. שם פרטי שם אמצעי שם משפחההנרי לינדנבאום | 2. מין🗹 זכר (1)🞏 נקבה (2) | A3. תאריך פטירה

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| חודש | יום | שנה |
| **4** | **25** | **82** |

 | B3. שעה**08:15** | המנוח | מחוז סטטיסטיREC\_\_\_\_  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🞏 כןאם 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 שהושלמהיסודי תיכוןמכללה | 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🞏 לאאם לא, פרטו באיזו עיירה | מען |  |
| D17 כתובת המגורים: רחוב ומספר בית, נא לציין מיקוד**דרך סידר סוואמפ**  | מקום מגוריו הקבוע של המנוח |
| A18. שם האבשם פרטי שם אמצעי שם משפחה**נתן לינדנבאום** | B18. שם נעורים של האםשם פרטי שם אמצעי שם משפחה**גיטי אמסל** | הורים  |  |
| A19. פרטי המודיעשם 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 הלוויותברויין 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 הבאותחתימה

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 במנוחמתאריך:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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, בחקירהתאונה | 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, וכדכביש | G30. מיקום (רחוב ומס', עיר או כפר, מחוז, מדינה)**נורת'וויי 187 העיר בלטון במחוז וורן, ניו יורק** | NCHS\_\_\_\_QR\_\_\_\_\_\_\_QS\_\_\_\_\_\_\_QCOD\_\_\_\_ |