

---

**EESTI SURMAANDMESTIKU  
KVALITEEDIANALÜÜS**

**Statistikaameti surmaregister**

Lõpparuanne  
(30. november 2005)

Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi tellimisel valminud töös on käsitletud iga arenenud riigi olulisemate inforessursside hulka kuuluva surmaregistri olemust ja tähtsust. Iseloomustatakse Põhjamaade, USA ja Austraalia surmaregistreid ning osutatakse nende laialdasele kasutamisele rahvastiku tervise uurimisel ja tervisepoliitika kujundamisel; iseäranis ulatuslikku kasutamist leiavad surmaregistrid Põhjamaades, seda peamiselt epidemioloogilistes uuringutes linkimisel muude andmekogudega, s.h rahvaloenduste andmestiku ja haigusregistritega. Kirjeldatakse Eesti Statistikaameti asuva Eesti surmaregistri kujunemislugu alates 1990. aastast ja loetletakse teadustöid, milles rahvastikurühmade tervise uurimisel tugineti surmaregistrile. Analüüsitakse Eesti surmaregistri andmekoosseisu (1983–2002) ja kvaliteeti. Arvukates sagedustabelites näidatakse, mis andmeid on aja jooksul kogutud ja milline on nende kvaliteet.

Tehakse mitmeid ettepanekuid, mis peaksid aitama neid, kellel seisab ees olemasoleva registri ümberkujundamine „surma põhjuste riiklikuks registriks“. Töö lisas on esitatud ühtlasi tabel tunnuste jaotuse kohta 16 riigi surmatõenditel ning 18 riigi surmatunnistuste näidised.

## SISUKORD

Sissejuhatus .....	5
1. Surmarestri olemus ja tähtsus .....	6
1.1. Eri riikide surmarestrid .....	6
1.2. Surmarestrite kasutamine .....	9
2. Eesti surmarester .....	12
2.1. Kujunemislugu .....	12
2.2. Senine kasutamine teadustöös .....	14
3. Eesti surmarestri andmekoosseis .....	15
3.1. Isikut tuvastavad tunnused .....	15
3.1.1. Isikukood ja nimi .....	15
3.1.2. Elukoht .....	15
3.2. Demograafilised tunnused .....	16
3.2.1. Sugu .....	17
3.2.2. Sünnikuupäev .....	17
3.2.3. Kodakondsus .....	17
3.2.4. Rahvus .....	17
3.2.5. Haridus .....	17
3.2.6. Perekonnaseis .....	18
3.2.7. Tavategevusala ja amet .....	19
3.2.8. Sünnikoht .....	20
3.3. Surmaga seotud tunnused .....	20
3.3.1. Surmakuupäev .....	21
3.3.2. Vanus surmahetkel .....	21
3.3.3. Surmapõhjused .....	21
3.3.4. Surmapõhjuse määraja .....	22
3.3.5. Surmapõhjuse määramise alus .....	22
3.3.6. Surma tinginud asjaolu .....	23
3.3.7. Surmakoht .....	23
3.4. Lisatunnused imikusurmade puhul .....	24
3.4.1. Ema demograafilised tunnused .....	24
3.4.2. Imiku sünni ja surmaga seotud lisatunnused .....	24
3.4.2.1. Sünnikaal .....	25
3.4.2.2. Sünni kellaeg .....	25
3.4.2.3. Surma kellaeg .....	25
3.4.2.4. Sünnituse aegsus .....	25
3.4.2.5. Lapse seisund .....	25
3.4.2.6. Surma saabumise aeg .....	25
3.4.2.7. Lapse vanus surmahetkel .....	25
3.4.2.8. Surmapõhjused .....	26
3.5. Alusdokumendid .....	26
3.5.1. Surmaakti number .....	26
3.5.2. Surmatõendi (-tunnistuse) number .....	26

4. Eesti surmaregistri andmestiku kvaliteet .....	27
4.1. Isikut tuvastavad tunnused .....	28
4.1.1. Isikukood ja nimi .....	28
4.1.2. Elukoht .....	31
4.2. Demograafilised tunnused .....	32
4.2.1. Sugu .....	32
4.2.2. Sünnikuupäev .....	32
4.2.3. Kodakondsus .....	35
4.2.4. Rahvus .....	36
4.2.5. Haridus .....	37
4.2.6. Perekonnaseis .....	37
4.2.7. Tavategevusala ja amet .....	38
4.2.8. Sünnikoht .....	40
4.3. Surmaga seotud tunnused .....	40
4.3.1. Surmakuupäev .....	41
4.3.2. Vanus surmahetkel .....	42
4.3.3. Surmapõhjused .....	43
4.3.4. Surmapõhjuse määraja .....	44
4.3.5. Surmapõhjuse määramise alus .....	45
4.3.6. Surma tinginud asjaolu .....	45
4.3.7. Surmakoht .....	46
4.4. Lisatunnused imikusurmade puhul .....	46
4.4.1. Ema demograafilised tunnused .....	47
4.4.2. Imiku sünni ja surmaga seotud lisatunnused .....	48
4.5. Alusdokumendid .....	50
4.5.1. Surmaakti number .....	50
4.5.2. Surmatõendi (-tunnistuse) number .....	51
4.6. Surmaandmete võrdlus 1989–1991 .....	52
4.7. Sünni- ja surmaregistri andmete võrdlus 1992–2002 .....	55
5. Arutelu ja ettepanekud .....	61
Tänuavaldus .....	66
Kasutatud kirjandus .....	67
Lisad .....	71
1. Surmaregistri struktuur .....	72
2. Ameti kodeerimine .....	79
3. Surmapõhjuste kodeerimine RHK-9 NSVL-i eri versioonides ja vastavus RHK-9-ga .....	80
4. Lapsepoolsete perinataalperioodi surmapõhjuste kodeerimine NSVL-i versioonis ja vastavus RHK-9-ga .....	89
5. Emapoolsete perinataalperioodi surmapõhjuste kodeerimine NSVL-i versioonis ja vastavus RHK-9-ga .....	90
6. Peamiste valiktunnuste jaotus 16 riigi arstlikel surmatõenditel .....	91
7. 18 riigi surmatõendite koopiad .....	93

## Sissejuhatus

Käesolev töö Eesti Statistikaameti (ESA) surmaregistri kirjeldamise ja kvaliteedi hindamise kohta valmis ajal, mil Eesti Vabariiki (Eesti statistikat ja terviseteadusi) tabas tõeline šokk – rahvusvaheliseks standardiks peetav arstlik surmatõend (-tunnistus) koos oma diagnooside ja surnu isikuandmetega kuulutati eraelu puutumatus rikkuvaks paberileheks, surmaregister aga ebaseaduslikuks andmekoguks. Eelneva loogilise jätkuna peatati 1. novembril 2003 surmaregistri töö. Juba jõuti vihjata võimalusele kaotada surmaregister kui selline ja lülitada valikuline surmaandmestik (k.a surmapõhjus) hoopiski rahvastikuregistrisse. Meie poolt 2003. aasta detsembris rahvusvahelisele teadusüldsusele edastatud sõnumis [Rahu, McKee 2003] mainitud oht on muutunud Eestis rahvatervishoiu laastavaks tegelikkuseks. Ehkki surmaregistri igapäevategevus taastus jaanuaris 2005, on Eesti e-riigis endistviisi põlu all isikustatud terviseandmetega registrid. Seega alljärgnevad surmaregistrile pühendatud leheküljed on tänapäeva Eestis pigem midagi ebaharilikku kui tavategevusse kuuluvat, sest käsitletakse andmekogu, mille olemasolu riivavat kodanike põhiseaduslikku õigust eraelu puutumatusse.

Idee asuda uurima Eesti terviseandmetega andmekogude kvaliteeti esitas selle aruande üks koostaja (MR) palju aastaid tagasi. Ühest küljest peaks iga tegutseva meditsiiniregistri pidaja organiseerima töö selliselt, et andmekvaliteedi tagamine oleks igapäevase tööprotsessi lahutamatu koostisosa. Teistest edukamalt on siin tegutsenud Eesti Vähiregister, kes on oma algpäevadest peale hoidnud silmad lahti rahvusvaheliselt soovitatud kvaliteedi juhtimise meetmete suhtes. Teisest küljest on vähemalt Eesti Vähiregistris asjad laabunud tänu registriandmete alusel tehtud pikaajalisele teadustööle [Rahu 1992, 2001], mida ammuilma tuntakse ühe olulise "nipina" kvaliteedi parandamisel. Ainsana on meie meditsiiniregistritest just Eesti Vähiregistri kohta avaldatud rahvusvahelisele üldsusele kättesaadav andmekvaliteeti käsitlev kirjutis [Lang K *et al* 2003]. Paraku ei ole kahes juba tehtud töös analüüsitu – Eesti Meditsiinilise Sünniregistri andmebaasi kvaliteet ning kuue riigi (k.a Eesti) surmatõendite kodeerimise erinevused – jõudnud teadusüldsuseni artikli kokkukirjutaja puudumise tõttu. Meie töös ei ole peatunud Eestis kasutatud surmatõendi (-tunnistuse) vormidel, mis eri aegadel on olnud eri sisu ja vormiga. Seda teemat on käsitletud varem ja vastav uurimus [Lang 2000] Internetis olemas. Uuringuobjektiks on surmaregister sellisel kujul, nagu ta on valminud ja epidemioloogilistes uuringutes kasutusel vastavalt ESA ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi (EKMI) / Tervise Arengu Instituudi (TAI) koostöölepetele.

Uuringu eesmärk – surmaregistri andmekvaliteedi analüüs – kujunes kavandatust veidi erinevaks. Uuringuplaan nägi analüüsi põhiosana ette surmaregistri ja rahvastikuregistri andmestiku kõrvutamist surmajuhtude arvu ja surmaga seostuvate tunnuste osas. Paraku ei saanud uuringu tellija (Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium) rahvastikuregistrist sobivaid andmeid. Neid polnud võimalik isikuandmete töötlemisloa puudusel taotleda TAIL, mille struktuuriüksuses surmaregistri kirjeldamine toimus. Uuringu tegijad pidasid niisugust stsenaariumi tõenäoseks ning osutasid nii sellele kui mitmele muule võimalikule takistusele oma uuringuplaani osas, mis käsitles projekti alustamise ja tegemisega seotud riske. Käesolevas aruandes on: esitatud ülevaade mitme riigi surmaregistritest ja nende kasutamisest; iseloomustatud Eesti surmaregistri kujunemist ja kasutamist teadustöös; kirjeldatud Eesti surmaregistri andmekoosseisu ja kvaliteeti; kõrvutatud surmaregistri ja Eesti Meditsiinilise Sünniregistri andmeid.

Aruandes on kasutatud üldistavat mõistet *surmaregister*, mille vasteks ingliskeelses kirjanduses on olenevalt riigist/autorist kas *causes of death database/register*, *death certificate database/register*, *death database/register* või *mortality database/register*. Sageli on kirjanduses *register* asemel kasutatud sõna *registry*. Rangelt võttes tähistab *register* andmekogu, *registry* aga institutsiooni. Alljärgnevas on eestikeelset *registrit* kasutatud mõlemas tähenduses; millises, see selgub alati kaastekstist. Ka muud aruandes kasutatud mõisted on sellised, nagu neid tuntakse epidemioloogia-alases ja terviseregistrite kvaliteeti käsitlevates kirjutistes.

## 1. Surmarestri olemus ja tähtsus

Aegade jooksul on surmarestreid rajatud kõigis tsiviliseeritud riikides. Maailma ulatuses tervikuna, kindlasti aga Maailma Terviseorganisatsiooni (MTO) kuuluvates riikides, on surmade registreerimisel standardiks arstlik surmatõend. Selle tunnustuse põhisisu määratleti juba 1967. aastal 20. Maailma Tervishoiuassamblee poolt. Hiljem on arstliku surmatõendi sisu, vormi, täitmise reeglistikku ja surmapõhjus(t)e kodeerimiseeskirju aeg-ajalt täiendatud. Surmatõendi rahvusvaheline vorm ja täitmise juhendid on muutunud iga järjekordse rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni lahutamatuks osaks [RHK-10 1996].

### 1.1. Eri riikide surmarestrid

Alljärgnevalt on esitatud lühiülevaade Põhjamaade rühma kuuluva nelja riigi, USA ja Austraalia surmarestrite kohta. Põhjamaad on valitud seetõttu, et sealsete epidemioloogidega on Eestil olnud pikaajaline viljakas koostöö, et just neis riikides on eriti edukalt suudetud kasutada infotehnoloogia progressi registreerimise tegevuseks. Seega pakuvad Põhjamaad meile suurepärasest eeskujust, kuidas arendada tervisevaldkonna registreerimist ja sealhulgas pidada surmarestrit. USA ja Austraalia on valitud põhjusel, et näidata, kuidas suures riigis on korraldatud surmade kohta käiva individuaalandmestiku kättesaamine toetamiseks epidemioloogiliste ja muude terviseuuringute läbiviimist.

**Norras** tehakse surmapõhjuste statistikat Norra Statistika (*Statistics Norway; Statistisk sentralbyrå*) surmarestrisse saadetavate meditsiiniliste surmatõendite põhjal. Lisaandmed tulevad tavakorras Norra Vähiregistrist, Meditsiinilisest Sünniregistrist, liiklusõnnetuste registrist ning haiglate ja kohtumeditiinilistest lahkamistulemustest. Lahkamistulemused on saadaval ka Riiklikust Keskhaiglast ja Gade Instituudist. Umbes 1/3 surmadest kodeeritakse arsti aruande põhjal koos teabega muudest allikatest. Ülejäänud juhtude puhul on ainukeseks infoallikaks surmatõend, mille on väljastanud tegevarst, või välismaalt saabunud raport. Norra Statistikas on surmaandmestik isikustatud kujul olemas alates 1951. aastast. Lisaks hoitakse seal 1967. aastast arstlike surmatõendeid sorditud kujul. Alates 1996 surmatõendid skannitakse. Surmarestrisse kantakse isik, kes on registreeritud rahvastikuregistris Norra alalise elanikuna oma surmahetkel, sõltumata sellest, kas surm leidis aset Norras või väljaspool. Surmarestri sisaldab järgmisi tunnuseid (mitte kõik neist ei ole seal alates 1951. aastast): nimi, sünnikuupäev, isikukood (olemas Norras alates 01.11.1960), sugu, vanus surmahetkel, perekonnaseis, surmakuupäev, elukoht (kommuni nimetus), surmakoht (kommuni nimetus), surmapaik (institutsiooni sees/väljaspool, institutsiooni tüüp), surma algpõhjus, kaasuvad surmapõhjused, diagnoosi alus, tööõnnetus/mitte-tööõnnetus, õnnetuse koht/põleng, lahangu- või laboratooriumi number, lahangu fakt ja tüüp jm [Gjertsen 2002].

**Rootsis** kogus varem surmaandmeid Rootsi Statistika (*Statistics Sweden; Statistiska centralbyrån*). Hiljem, lähtudes põhimõttest, et statistika peab olema seal, kus seda kõige rohkem kasutatakse, anti surmaandmestik üle Riiklikule Tervishoiu- ja Heaoluametile (*National Board of Health and Welfare; Socialstyrelsen*). Viimase koosseisus asutati 1992. aasta jaanuaris osakonna staatuses Rootsi Epidemioloogiakeskus (*Swedish Centre for Epidemiology; Epidemiologiskt Centrum – EpC*). Lisaks muule on Epidemioloogiakeskuse ülesandeks administreerida riiklikke nn epidemioloogilisi registreid, mille hulka kuuluvad surmarestri, vähiregister, meditsiiniline sünniregister, kaasasündinud väärarendite register ja haiglapatsientide register. Surmarestri sisaldab digitaalsel kujul individuaalandmeid surmade kohta alates 1952. aastast. Iga surma kirjeldatakse surmarestris järgmiste tunnustega: isikukood (olemas Rootsis alates 1947. aastast), sugu, vanus, elukoht, surma algpõhjus ja kaasuvad põhjused, lahanguinfo jne. Originaalsurmatõendid on hoiul riigiarhiivis, kõik surmatõendid on kantud veel mikrofilmile. Rootsi Statistika saab Epidemioloogiakeskusest surmarestri koopia, mil-

les ei ole kõiki tunnuseid. Vajadusel saab Rootsi Statistika teha isikukoodi vahendusel päringu lisasurmaandmete saamiseks. Nii surmaregistri kui ka teiste registrite andmete linkimine (Eestis on hakatud selles tähenduses kasutama terminit *riskasutamine*), sealhulgas teadusuuringute tarbeks, toimub isikukoodiga. Linkimise eest tuleb maksta, kuid tasu on suhteliselt väike. Kui teadlased vajavad näiteks mingi kohordi linkimist surmaregistriga, siis olenemata kohordi suurusest, on tasu (2004. aastal) üksnes 1500 SEK [A finger... 2003; Barlow, Johansson 2004].

**Soomes** tegi 1901 asutatud Statistikakomitee 1904. aastal ettepaneku, et surmapõhjuste statistika peaks põhinema arstide poolt väljastatud tunnistustel. See uuendus rakendus alles 1936. aastal. Soome surmaregistrit peab Soome Statistika (*Statistics Finland; Tilastokeskus*), kus 1970. aastatel hakati kasutama võimalust toota uut infot olemasolevatest andmetest, linkides neid üksikisiku tasandil. Elutingimuste ja surmapõhjuste seoste uuring (EKSY) 1978 oli esimene suurem projekt, kus seda võimalust kasutati. Linkides rahvaloendusandmed ja iga aasta kogutavad surmapõhjused, töötati välja suremuse seiresüsteem hariduse, ameti, tööhõive, tulude, eluaseme ning sotsiaalmajandusliku seisundi järgi. Soome Statistika ja ülikoolide teadurite koostöö tulemusena on suremuse sotsiaalmajanduslikest erinevustest saadud teavet märkimisväärselt täpsete andmete põhjal. Surmaregister digiteeriti 1969. aastal. Hea kvaliteediga ja ühtses andmebaasis on surmajuhud alates 1971. aastast [Pukkala 2004]. Surmaregistris olevaid andmeid võib kasutada Soome Statistika tegevusvaldkonda kuuluva statistika koostamiseks ning teha sel eesmärgil linkimist muude registritega. Surmaregistrisse kantakse igal aastal 50 000 isiku andmed. Nendeks on isikukood (olemas Soomes alates 1964. aastast), nimi, surmapõhjused haiguste klassifikatsiooni koodiga (arhiivitud surmatõendis ka tekstina), surmakuupäev, maakond, muud administratiivüksused, demograafilised ja muud andmed. Vastavalt seadusele loovutatakse isikuandmeid: kohtutele; muudele ametkondadele või institutsioonile, kellel on andmete saamiseks seaduses määratletud õigus; asutustele/isikutele, kellele vastavalt esitatud avaldusele ja peale vajalike toimingute sooritamist on selline õigus määratud; surnu sugulastele; kindlustustele või pensioniametile juhul, kui andmete loovutamise vajadus on põhjendatud. Lisaks võib Soome Statistika anda loa surmapõhjuste info saamiseks teadusuuringute, statistilise analüüsi ja ametlike planeerimistööde jaoks, kui on selge, et andmete loovutamine ei riku nende õigusi, kelle kaitseks saladuses hoidmise kohustus on kehtestatud [Social... 2004; Tilastokeskus 2004].

**Taanis** alustas Riiklik Tervishoiuvalitsus (*National Board of Health; Sundhedsstyrelsen*) surmapõhjuste registreerimist 1875. aastal ning sellest ajast alates on avaldatud iga-aastast surmapõhjuste statistikat. Kuni 1970. aastani tugines riiklik statistika perfokaartidele, mille andmed koguti surmatõenditelt. Pärast seda kompileeriti register täielikult. Registrisse on kantud järgmised andmed iga Taanis surnud Taani kodaniku surma kohta: (nimi), isikukood (olemas Taanis alates 01.04.1968), sugu, perekonnaseis, elukoht, surmakuupäev, surmakoht, surmajärgse uuringu liik, surma tinginud asjaolu, surma algpõhjus ja kuni kaks kaasuvat surmapõhjust, info lahangu ja muude surmajärgsete uuringute kohta. Selle registri koopia on Taani Vähiühingu (*Danish Cancer Society; Kræftens Bekæmpelse*) käsutuses. Lisaks sellele säilitatakse Tervishoiuvalitsuses mikrofilmil kõiki 1943. ja hilisemate aastate surmatõendeid. Taani Rahvatervishoiu Instituut (*National Institute of Public Health; Statens Institut for Folkesundhed* (SIF)) – varem nimetusega Taani Kliinilise Epidemioloogia Instituut (*Danish Institute for Clinical Epidemiology* (DICE)) – on rajanud elektroonse registri, mis sisaldab Taanis asetleidnud surmajuhtude üksikirjed alates 1943. aastast. Alates 1971. aastast saab DICE/SIF igal aastal Riikliku Tervishoiuvalitsuse käest surmafaili. Surmaandmete koondamine DICEsse/SIFi võeti ette eesmärgil hõlbustada nende kasutamist epidemioloogilistes uuringutes. Taani on ainus riik maailmas, kus on elektroonselt olemas surmade individuaal-andmed nii pika aja kohta [Juel, Helweg-Larsen 1999; Registries... 2004]. Hiljuti, alates 2005. aasta algusest, hakati Taanis arstlikke surmatõendeid täitma Internetipõhiselt. Taani Kuning-

riigi statistika süda on Taani Statistika (*Statistics Denmark; Danmarks Statistik*). Kogu Taani statistikasüsteem toetub riigi rohkearvuliste registrite (andmebaaside) võrgule, mille tugevuseks on individuaalandmete identifikaator – isikukood, aadress, äriregistrikood ja omandikood – mis võimaldab registreid omavahel linkida. Nende registrite abil tehtav teadustöö hõlmab näiteks selliseid valdkondi nagu sotsioloogia, epidemioloogia, töajouturu analüüs ja ettevõtte-ökonomika [Andersen 2002]. Paljude Taani Statistikas asuvate teadusandmebaaside hulgast väärivad siinkohal eraldi nimetamist demograafiline register ja kutsesuremuse register. 1968 asutatud Taani demograafiline register (*Danish Demographic Database*) annab hindamatu panuse moodsale rahvastikuteadusele oluliste longituuduuringute tegemiseks, sest registreeritakse kõik indiviidi elu vältel asetleidnud põhilised demograafilised sündmused [Petersen 2000]. 1970. aastate lõpus loodud kutsesuremuse register (*Occupational Mortality Database*) kui mitme registri ja loenduseandmete linkimise tulem sisaldab isikukoodi, perekonnaseisu, aadressi, elukutse ning andmeid tööstusharu, elutingimuste, surma ja palju muu kohta. Andmeanalüüsi tulemuste tarbijate hulka kuuluvad teadlased, ametiühingud, ministrid, kindlustuskompaniid, meedia [Occupational... 2004].

**USAs** moodustas Riiklik Tervisestatistika Keskus (*National Center for Health Statistics*) 1979. aastal teadusuuringute tarbeks riikliku surmaloendi NDI (*National Death Index*) – magnetlindile kanti valiktunnused (nt sotsiaalkindlustuse number, nimi, sünnikuupäev, surmakuupäev) iga surmajuhtu kohta kogu riigis. Kui käib mingi epidemioloogiline või muud liiki uuring, mille käigus jälgitakse uuritava rühma suremust, siis saab esitatud päringu järgi, mis võib sisaldada kuni 12 otsimiseks (sobitamiseks) vajalikku tunnust (k.a rass, perekonnaseis), NDIst (andmed alates 1979) kätte näiteks surmakuupäeva, surmatõendi numbri ja osariigi, kus surm registreeriti. Nii kadus vajadus jälgida isikut aktiivselt, nt talle või tema lähikondsetele igal aastal kirju saates. Kui teadustöö tegijatel oli vaja teada surmapõhjust (-põhjusi) ja/või kätte saada surmatõendi koopia, läkitati varem sooviavaldus osariiki. Nüüd saab loendist nimetusega NDI Plus tellida ka surmapõhjuste koodid. Igal aastal saadavad kõigi USA osariikide rahvastikustatistika osakonnad NDIsse aastase viivitusega umbes 2 miljonit surmajuhtu [Sesso *et al* 2000]. NDI-d ei saa kasutada organisatsioonid ega tavakodanikud mingil juriidilisel, administratiivsel või genealoogilisel eesmärgil; siin abistavad huvilisi mingil määral [Buchanich *et al* 2005] sotsiaalkindlustuste andmebaasid [Kubal *et al* 2000], millest nt ühest [Social... 2005] saab Internetis tasuta kätte otsitava isiku sünni- ja surmakuupäeva. Alates 1. oktoobrist 2004 maksab tavapärane otsing NDI-s 350 USD, millele lisandub 15 senti iga kirje kohta otsinguaastas. Kui on näiteks vaja otsida 1000 isiku vastavust NDI-s 10 kalendriaasta vältel, maksaks selline tellimus 1850 USD ( $350 + (0,15 \times 1000 \times 10)$ ) [National... 2004]. Otsing NDI Plusis on mõnevõrra kallim. 2004. aasta alguses, arvestades tapmist ja suitsiidide suurt osakaalu teatud vanuserühmades ning kõigi vägivaldsete surmade uurimise olulisust ennetustegevuse plaanimisel, hakkas USAs tööle uus riiklik järelevalvesüsteem (*National Violent Death Reporting System*). Iga surmajuhtu (ja ka kurjategijat) iseloomustatakse 270 tunnuse abil (k.a nimi, sotsiaalkindlustuse number, sünnikuupäev, sugu, rass, elukoht, surmakuupäev, surmapõhjused), millest kõik säilitatakse osariigiti, osa aga tsentraalselt Atlantas. Alates 2003. aastast tagab süsteem operatiivse rahvastikupõhise surmade arvestuse 13 osariigi andmetel. Tulevikus on kavas hõlmata järelevalvega kõik USA osariigid [Paulozzi *et al* 2004].

Eelmisega sarnane elektroonne surmaloend (*Australian National Death Index*) paikneb **Austraalias** Tervise ja Heaolu Instituudis (*Australian Institute of Health and Welfare*). See võeti täismahus kasutusele 1994 ja ta sisaldab kõiki Austraalia surmajuhte alates 1980. aastast. Surmaloend tehti epidemioloogiliste uuringute hõlbustamise eesmärgil, surmaloendit võib kasutada ainult selleks. Loend sisaldab järgmisi tunnuseid: nimi (k.a varasem nimi), sugu, sünnikuupäev, sünnimaa, surma registreerinud haldusüksus, registreerimisnumber, surmakuupäev, surmapõhjused ja perekonnaseis [Kelman 2000; Australian... 2004]. Lisaks



asub Austraalia Statistikabüroos (*Bureau of Statistics*) surmaregister [ATSIC 2002], millega toimub surmaloendi linkimine.

## 1.2. Surmaregistrite kasutamine

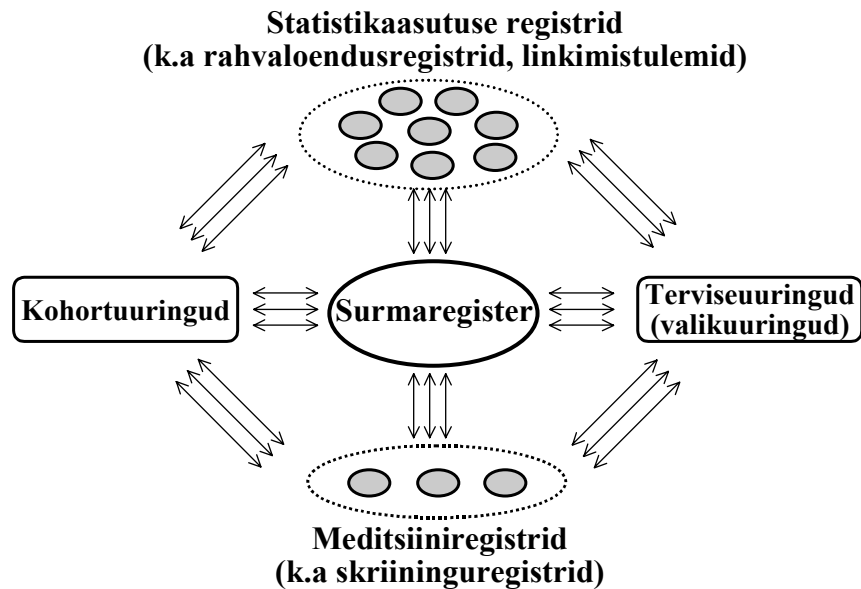
Surma tuvastamise eesmärgid, sõnastatuna briti autorite poolt [Gladwin, Clarke 2003], seisnevad alljärgnevas:

1. Kinnitada, et surm leidis aset, ja tõendada surnu isikusamasus.
2. Esitada tõendused võimaliku surmapõhjuse kohta.
3. Teavitada sugulasi ja teisi, kellel on õigustatud huvi surmapõhjuse suhtes.
4. Abistada nõuetekohast ja viivitamatut surnukeha matmist/tuvastamist.
5. Tagada, et vägivaldseid surmasid, mis nõuavad edasist uurimist, uuritaks nõuetekohaselt enne surnukeha matmist.
6. Panna kirja ja teha kindlaks vajalikud üksikasjad, et tagada auditi piisav jälgimine.
7. Esitada statistilist teavet surmapõhjuste ja surma asjaolude kohta.
8. Hõlbustada iga surma kandmist avalikesse arhivaalidesse.

Surmaandmed ja suremuse statistika aitavad oluliselt kaasa otsuste tegemisel tervishoiuteenuste kohta, seejuures tuleb auditeerida kindlaid surmajuhte ja individuaalset ravirežiimi [Gladwin, Clarke 2003]. Suremusandmeid nimetatakse tihti epidemioloogilise uurimistöö ja rahvastiku terviseeseire nurgakiviks [Johansson, Westerling 2000]. MTO arusaama kohaselt on suremuse statistika "üks peamisi tervise teabe allikaid ja paljudes riikides on ta tervist käsitlevatest andmetest kõige usaldusväärsem" [RHK-10 1996]. Sellest tulenevalt peetakse surmaregistrit riigi põhiregistriks – kui riigil pole oma vaesuse või hoolimatuse tõttu olnud võimalik rajada teisi meditsiiniregistreid, siis surmaregistrit püütakse seal ometigi pidada.

Tulenevalt tehniliste vahendite arengust on surmaregister üha enam omandanud paljude riikide rahvatervishoiualases teadustöös ja tervise poliitiliste otsuste tegemisel täiesti ainulaadse koha. Surmaregister on kujunenud keskseks andmekoguks, millega lingitakse registeruuringute raames teisi registreid ning samuti teadusuuringute vältel loodud andmebaase (joonis 1). Seejuures linkimine teiste registritega ei toimu *ad hoc* korras, vaid rutiinselt – nii tagatakse kõigis meditsiiniregistris regulaarne andmete uuendamine, järjepidev töökorraldus ja andmete hea kvaliteet. Ja veelgi enam – surmaregister on üks neist registritest, mille linkimine muude registritega on moodus uute registrite loomiseks [Rosén 2002].

Näiteks Soome Vähiregister saab surmaandmeid korra aastas – siis kui Soome Statistika on lõpule viinud eelmise kalendriaasta surmade arvestuse. Selleks saadab Soome Vähiregister CDle salvestatud failis (2004. aastal umbes 240 000 vähihaige) isikukoodid Soome Statistikasse. Soome Statistikas lingitakse saadud isikukoodid surmaregistri isikukoodidega ning Vähiregistrile antakse andmed surmakuupäeva ja surmapõhjuste kohta. Seejuures on keelatud saata isikukoode Interneti kaudu [Pukkala 2004]. Norra Vähiregister saab Norra Statistika surmaregistrist (jällegi isikukoodiga linkimise kaudu) surmakuupäeva korra kuus, surmapõhjused aga korra aastas [Cancer... 2004].



**Joonis 1.** Riigi surmaregistri keskne osa paljude andmekogude linkimisel.

Teadusmaailmas on hästi tuntud Soome EKSJ-andmestik (vt ka p 1.1), mis pandi kokku mitme rahvaloenduse andmete linkimisel surmaregistriga [Valkonen, Martelin 1999], ning 1987. aasta sünnikohordi jälgimine seitsme aasta vältel linkimise teel paljude registritega, k.a surmaregistriga [Gissler *et al* 1999]. Hiljuti avaldati Helsingis 1924–1944 sündinud 13 830 isiku sünni- ja surmaandmete linkimistulemused 350 000 inimaasta kohta aastatel 1971–1998 [Kajantie *et al* 2005]. Rootsisis lingiti rahvaloendusandmed surmaregistriga, et mõõta nn välditavat suuremat immigrantide hulgas [Westerling, Rosén 2002]. Unikaalse Uppsala Sünnikohordi Uuringu (*Uppsala Birth Cohort Study*) andmebaas (14 609 sündi 1915–1929) lingiti rahvaloendus- ja surmaandmetega [Modin 2002]. Taanis lingiti rahvaloenduse 1970 andmed surmaregistriga, et hinnata elukutsesest tulenevat surmariski [Jensen 1996]. Norras lingiti 1960., 1970. ja 1980. rahvaloenduse andmebaas surmaregistri 1990.–1998. aasta andmetega, et otsustada, kui palju on surmapõhjus eluasemest kui sotsiaalse staatuse indikaatorist [Naess *et al* 2004]. Epidemioloogidele on samuti tuttav surmaandmete linkimine maksuameti andmetega [Claussen *et al* 2003].

Surmaregistri tüüpiline teadustöös kasutamine riigis, kus on sõnastatud pikaajalise tervisepoliitika suunad – mis eeldavad rahvastiku tervises seisundi seiret ka epidemioloogiliste uuringute kaudu ja mis on suunatud haiguste ennetamisele – näeb välja järgmine.

Tavaliselt on tegemist mingi kohortuuringuga, milles uuritavad on välja valitud kas eksponeerituse või muul alusel (mingi kutseala töötajaskond, mingit haigust põdenud/põdevad isikud, sünnikohort, elukoha alusel moodustatud kohort). Kohordi iga liiget jälgitakse riigi rahvastikupõhiste registrite alusel. Kui puuduvad muud meditsiiniregistrid, siis tehakse linkimine surmaregistriga ning arvutatakse välja efektiivsust, kõige sagedamini standarditud suremusmäär [Ahlbom, Norell 1993]. Kui riigis on olemas haigusregistrid, tehakse kohordi linkimine, johtuvalt uuringu eesmärkidest, kas ühe või mitme haigusregistriga, ning, jällegi vajadusel, ka surmaregistriga [nt Gissler, Haukka 2004; Rahu, Storm 2004]; haigusregistri(te)ga linkimise korral kasutatakse efektiivsust standarditud haigestumusmäärana. Loomulikult on iga haigusregistri pidaja varem, tavategevuse raames, hoolt kandnud täiendavate haigusjuhtude saamise eest surmaregistrist.

Näiteks Soome Vähiregistri andmestikku kasutavates, selle töötajate osalusel tehtud ja 2003. aastal avaldatud teadustöodes [Cancer... 2003] rakendati taolist, isikukoodile tuginevat linkimist, järgmiste (mitte ammendavalt loetletud) teemade käsitlemisel:

- a) lennukipilootide ja lennuinseneride risk surra vähki;
- b) laboritöötajate vähirisk;
- c) teetöölise vähi- ja surmarisk;
- d) asbestile eksponeeritud töötajate vähirisk;
- e) võimlemis- ja keeleõpetajate kehaline aktiivsus ja rinnavähirisk;
- f) naistöötajate töötingimused ja seedeelundite vähk;
- g) surmapõhjused kosmeetiliste rinnaimplantaadidega naiste seas;
- h) herpesviirusnakkused emadel ja äge leukeemia nende lastel;
- i) vererõhk, suitsetamine ja kopsuvähk Põhja-Karjala hüpertensiivsetel meestel;
- j) hüsterektoomia ja suurenenud kilpnäärmevähi-risk;
- k) stressoorsed elusündmused ja rinnavähirisk.

Endastmõistetavalt käsitleb suur osa uuringuid paljudes riikides veel surmapõhjusesti esitatud suremusnäitajate ajatrende ja territoriaalset jaotumist. Need uuringud tuginevad agregeeritud andmetele, kuid viimaste saamine eeldab tänapäeva arenenud riigis ikkagi individuaalandmetega ja isikut tuvastavate tunnustega surmaregistri olemasolu. Seda nii andmekvaliteedi tagamise, tagasivaatavate (haiguslugude andmeid kasutavate) kvaliteediuringute tegemise ja hulgaliste, haiguse esinemist ja nende põhjusi otsivate terviseuuringute otstarbel.

## 2. Eesti surmaregister

### 2.1. Kujunemislugu

Eesti surmaregistri asutamiseks lõi soodsa tausta ENSV Tervishoiuministeeriumis 28.11.1989 toimunud nõupidamine, millel arutati pikaajalist programmi Eesti rahvastiku tervise uurimiseks. Programmi algataja ja tugev toetaja oli tervishoiuminister Laur Karu. Programmi üks osa käsitles suremusstatistikat ja selle kasutamist teadustöös. 1990. aasta märtsis taotles Tervishoiuministeerium ENSV Riiklikult Statistikaametilt magnetlintide koopiaid surmatõendite infoga 1986–1989 [Karu 1990], et selle saaks üle kanda personaalarvutisse ning alustada EKMI surmaandmete analüüsi. Tervishoiuministeeriumis 21.03.1990 peetud koosolekul otsustati suremusstatistika parandamiseks teha Riiklikule Statistikaametile ettepanek viia arvutisse edaspidi ka surnu nimi ja hakata kodeerima kaasuvaid haigusi. Seoses Eesti statistikasüsteemi ja meditsiinistatistika reorganiseerimisega ning "eesmärgil tagada Eesti-keskne haiguste registreerimine ja kogutud teabe ühildamine rahvusvaheliselt kasutatavate süsteemidega" loodi tervishoiuministri Andres Ellamaa käskkirjaga 18.11.1991 nr. 167 Eesti Meditsiiniregistrite Nõukogu (9-liikmelise nõukogu esimees Laur Karu). Nõukogu esmaülesanne oli teha kõik, et Eestist ei kaoks tol hetkel kurba seisu sattunud vähiregister, ning otsida hoobasid, kuidas tagada vähiregistri senisest parem linkimine surmatõendite andmetega.

Teatavasti salastati NSVLis suremusstatistika 1970. aastate alguses [Anderson, Silver 1990]. Salastamise tagajärjel paigutati suremust käsitlev info erikasutuseks mõeldud kogumikesse, teadurid aga hoidusid enamasti suremusega tegelemast, sest neil puudus väljavaade teadustöö tulemuste laiemaks avaldamiseks. Suremusuuringuid pidurdavaks teguriks tuleb pidada ka arvutite tagasihoidlikku kasutamist statistikaasutustes. 1980. aastate lõpus ja 1990. aastate alguses analüüsis Eesti rahvastiku suremust Teaduste Akadeemia Majanduse Instituut (Arvo Kuddo kolleegidega), kuid Tervishoiuministeeriumi haldusalasse kuuluvas EKMI seda teemat ei käsitletud.

Pöördepunktiks suremusandmete toomiseks teaduskasutusse kujunes EKMI epidemioloogia ja biostatistika osakonnas tehtud plaaniline töö "Eesti rahvastiku suremus" (kestus 01.01.1992–31.12.1995). Töö üks osa, mis vormistati eraldi uuringuna ja mida kavandati põhiuuringust varem, kandis nimetust "Eesti suremusatlas". Surmaatlase teadusprojekti uuringukavand valmis ajavahemikul 06.1990–02.1991. Atlase tegemine eeldas koostööd Eesti Demograafia Assotsiatsiooni (Kalev Katus), ESA (Lembit Tepp) ja Stockholmi Karolinska Instituudiga (Göran Pershagen). Tänu prof. G. Pershageni entusiasmile ja eestkostele osutus võimalikuks saada atlase tarbeks aastatel 1992–1996 teadustoetus EST0171 Rootsi Rahvusvahelise Arengu Koostööagentuurilt (*Swedish Agency for International and Technical Cooperation* (BITS)). Atlasega seostuvate tegevuste suhtes konsulteeris G. Pershagen korduvalt nii BITSi kui ka Rootsi Statistika esindajatega. Eestis aitas teadustoetuse saamisele oluliselt kaasa tervishoiuministri asetäitja Jaak Uibu, kes selgitas suremusatlase tegemise vajalikkust Eesti Välismajandusameti direktorile Mehis Pilv'ele, kelle institutsioon tegeles Eesti-poolsete koostööpakkumiste esitamisega BITSile. Suremuse temaatikaga tegelemiseks taotles EKMI direktor prof. Pavel Bogovski Tervishoiuministeeriumilt lisaametikohta, et saaks alustada suremuse uurimisega instituudis. Ametikoht loodi ja sellele kohale asus Mall Leinsalu.

Atlase tegemise eelduseks oli ESA surmade individuaalandmete edastamine uuringu tegijate käsutusse EKMI. Et töö atlase kallal oli sisuliselt surmafailide korrastamise ja ühtsesse surmaregistrisüsteemi viimise algetapp, anti EKMI ja ESA vahelise koostöökokkuleppe alusel

EKMI epidemioloogia ja biostatistika osakonnale üle kõik olemasolevad surmafailid täielikult kujul alates aastast 1986.

Kuidas tehti surmapõhjuste statistikat Eestis? 1981. aastal hakati Eesti NSV Statistika Keskvallitsuses kasutama arvuteid rahvastikuandmete töötlemiseks. Iga isiku surma kohta käivad andmed surmapõhjuste ja surma asjaolu kohta võeti surmatõendilt, muud andmed surmaaktilt. Kogu vajalik info kodeeriti surmaaktile, ka surma algpõhjuste kood kirjutati surmatõendilt aktile. Aktidelt kanti koodid perfokaartidele ning perfokaartidelt sisestatud andmestik salvestati magnetlindile. Et magnetlinte oli vähe, siis pärast iga-aastast surmapõhjuste tabeli koostamist võeti need linnid uuesti kasutusele, s.t sinna salvestati uued andmed endiste asemele. Seetõttu olid suremusatlase tegemise alustamisel 1992. aastal ESAs säilitatud individuaalandmed surmade kohta alles alates 1986. aastast. Atlase koostamiseks, tulevaste epidemioloogiliste uuringute tarbeks ja Eesti Vabariigi riigistatistika püsiväärtuste suurendamiseks sisestati 1992–1993 ESAs arvutisse täiendavalt aastate 1983–1985 surmaandmed. Nende lisamine sai teoks tänu BITSi teadustoetusele. Et ESAs olid surmaandmed säilitatud failidena kalendriaastate kaupa, tuli ühtse andmebaasi loomiseks need failid ühendada. Sellisel moel suutsime koostöös ESAGA luua andmebaasi atlase jaoks vajaliku ajavahemiku 1983–1992 kohta. Olgu mainitud, et ESA arhiivis on arstlikud surmatõendid (-tunnistused) säilitatud alates aastast 1964.

Andmebaasi tegemine kujunes eeldatust vaevarikkamaks, sest failide kirjeldused puudusid. ESAs sisestati küll andmed, kuid nende töötlemine toimus programmide järgi, mis olid välja töötatud Moskvas. Nagu selgus, "kasutatavas dokumentatsioonis puudub andmestruktuuride, teatmike jne. kirjeldus", mistõttu "on juurdepääs infole raskendatud" [Tee 1990].

28.03.1994 Tallinna Tervishoiuametis toimunud nõupidamisel ja sotsiaalminister Marju Lauristinile saadetud kirjas (Tallinna Tervishoiuvalitsuse kiri 28.03.1994 nr. 10/1-10/87) nenditi, et Eesti meditsiiniregistrid (Eesti Vähiregister, Tallinna Südamerigister ja loomisel olev Eesti Traumaregister) "vajavad riiklikke statistilisi andmeid suremuse kohta. Seni on määratlemata nende andmete saamise kord Riigi Statistikaametist". Ministrilt taotleti toetust surmaandmete edastamiseks Eesti Meditsiinistatistika Büroole, et neid andmeid saaksid siis edaspidi kasutada kõigi meditsiiniregistrite töötajad.

Järgnevate koostöökokkulepetega EKMI ja ESA vahel tagati aperioidiline uute surmafailide edastamine EKMI epidemioloogia ja biostatistika osakonnale. Nii saavutati, et osakond sai teha koostöölepingus loetletud epidemioloogilistes uuringutes vajalikke linkimisi surmaregistriga. Lepingutekstis sätestati ka, et lepingust tulenevaid õigusi ja kohustusi ei anta üle kolmandale isikule ilma teise osapoole kirjaliku nõusolekuta. Eesti Vabariigi Valitsuse 23.11.1997 määrus nr. 253 [Andmesubjekti... 2004] lõi sellisele EKMI ja ESA koostöövormile tugevama õigusliku aluse. Osakonnas sobitati faili struktuur olemasoleva surmaregistri struktuuriga ja täiendati registrit uute surmadega. Kui uute surmaandmete ühendamine surmaregistriga oli lõpetatud ja vajalik dokumentatsioon koostatud, anti koostöölepingust tulenevalt surmaregistri koopia koos juurdekuuluvaga üle ESAle [nt Rahu 1998]. Kooskõlas ESA ja EKMI lepinguga 18.02.2000 nr. 1-11/7 sisestati ESAs surmatõenditelt ja -aktidelt arvutisse uuesti 1989–1991 surmad, seekord koos isikut tuvastavate andmetega (et võimaldada automatiseeritud linkimine epidemioloogiliste tööde andmetega). Sisestamiseks vajalik raha tagati EKMI 2000–2002 grandiprojektist 4214 (*Sotsiaalmajanduslik seisund ja suremus*) ning EKMI ja London School of Hygiene and Tropical Medicine'i vahelise koostööprojekti tegemiseks laekunud summast.

Paraku ESAI puudus ja puudub siiani õigus (täies mahus) linkida surmaregistriga Eesti Vähiregistri ja teiste meditsiiniregistrite andmeid. Sisuliselt on endiselt õhus juba 1994. aastal tõstatatud ja Sotsiaalministeeriumile lahendamiseks antud probleem. Viimastel aastatel on muu-

tunud olukord veelgi halvemaks, mistõttu näiteks Eesti rahvastiku vähihaigestumust, -levimust ega -elulemust ei ole enam võimalik mõõta alates 2001. aastast.

## 2.2. Senine kasutamine teadustöös

EKMI epidemioloogia ja biostatistika osakonnas on Eesti surmaregistrit kasutatud järgmistes olulisemates teadustöodes:

1) Vähisuremuse ja suremuse trendid Eestis 1965–1989 (1990) [Leinsalu 1993, 1995; Leinsalu, Rahu 1993]. Vähisuremuse ajatrend 13 vähipaikme (-rühma) kohta hindamaks 25 aasta vältel toimunud vähitõrje edukust. Suremuse ajatrendid surmapõhjusteti.

2) Kopsuvähk Eestis 1968–1987 [Aareleid *et al* 1994, 1995]. Haigestumuse ja suremuse ajatrend ning selle tähendus rahvatervishoiu seisukohalt. On osutatud suitsetamisvastase programmi puudumisele ning sellele, et õigusaktid ei kaitse rahvastiku seda osa, kes ei suitseta.

3) Diabeedihaigete laste suremus [Podar *et al* 1996].

4) "Eesti suremusatlas" [Baburin *et al* 1997], mis käsitleb: suremust 22 surmapõhjuse või surmapõhjuste rühma järgi 15 maakonnas ja 5 suuremas linnas aastatel 1983–1992; suremuse ajatrendi Eestis 1968–1992.

5) Rootsi eestlaskonna vähielulemus [Nilsson *et al* 1997]. Eestist 1944–1945 Rootsi siirdunute ja seal 1974–1986 vähi haigestunud isikute elulemus võrdlevalt kogu Rootsi rahvastiku ja Eesti eestlaste elulemusega. (Eestis vähiregistri linkimine surmaregistriga elulemisaja arvutamiseks.)

6) Tšernobõli veteranide vähihaigestumus ja suremus [Rahu *et al* 1997, 1999; Auvinen *et al* 1998]. Ulatusliku rahvusvahelise kohortuuringu alaprojekt. Ilmnes, et jälgimisaja 1986–1993 jooksul oli suitsiidirisk veteranide hulgas 1,52 korda kõrgem kui Eesti meesrahvastikus. Uuringu tulemused leidsid rahvusvahelist äramärkimist [United Nations 2000; Moysich *et al* 2002], sest maailmas puuduvad võrreldaval tasemel tehtud Tšernobõli veteranide kohortuuringud.

7) Eesti mööblitööstuse töötajate tagasivaatav kohortuuring [Innos *et al* 2000]. (Linkimist surmaregistriga kasutati koos teiste andmeallikatega jälgitavate eluseisundi ja surmakuu-päeva teadasaamiseks.)

8) Suremuse sotsiaalmajanduslik ebavõrdsus. Kõrvutatakse seitsme riigi mees- ja naisrahvastiku suremust haridustaseme järgi valdavalt 1980–1990 [Mackenbach *et al* 1999], samuti erianalüüs Eesti kohta eraldi [Kunst *et al* 2002; Leinsalu *et al* 2003]. Hiljuti avaldati Eesti suremusandmeid Euroopa 21 riigi võrdluses [Mackenbach *et al* 2005].

9) Eesti arstide vähihaigestumus ja suremus [Innos *et al* 2002]. Jälgiti vähihaigestumust ja suremust surmapõhjusteti aastatel 1983–1998.

10) Suitsiidid vähihaigete seas Eestis [Innos *et al* 2003]. Meeste hulgas oli suitsiidirisk 1,73 korda kõrgem kui meesrahvastikus.

11) Alkoholisõltuva suremuse hariduserinevused Eestis [Rahu *et al* 2003]. Töövõimelises eas rahvastikus on alkoholisõltuv suremus suurim madalama haridustaseme korral ning see suremus oleneb soost, rahvusest ja ajaperioodist. Riigi tervisepoliitika kujundamine eeldab rahvastiku tervisehoiuste süsteemi õigusliku aluse loomist, mis tagaks kõigekülgsede andmete saamise rahvaloenduste, sündmusstatistika, registre ja valikuuringutega.

12) Rahvusvahelised uuringud EURO CARE, EUROPREVAL ja nende satelliituuringud vähielulemuse kohta. Uuringute tulemusi kajastavad hulgalised artiklid [nt Magnani *et al* 2001; Aareleid, Brenner 2002; Möller *et al* 2003; Sant *et al* 2003] tuginevad vähiregistri andmestikule, mis on omakorda eelnevalt lingitud surmaregistriga.

Lisaks on surmaregister koos mitmete teiste registritega nimetatud Eesti tervishoiuala andmekogude ülevaates [Innos, Rahu 2000].

### 3. Eesti surmaregistri andmekoosseis

Eesti surmaregister on üles ehitatud kolme andmefailina, kus esimene sisaldab isikuandmeid, teine andmeid surmajuhu kohta ja kolmas lisatunnuseid imikusurmade kohta. Failid saab omavahel kokku viia unikaalse registrinumbri abil.

Andmestiku kirjeldamisel on edaspidi tihti kasutatud lakoonilist esitusviisi (enamasti) tabelite kujul. Tabeli ridadesse on paigutatud tunnuste nimetused ja veergudesse ajaperioodid. Risttabeli vastavasse lahtrisse kantud sümbol "x" näitab tunnuse registreerimist tabeli päises märgitud ajaperioodil (surma-aasta). Loomulikult ei tähenda "x" seda, et iga kirje (surmajuhu) korral on tunnuse väärtus olemas. Nende väärtuste olemasolu/puudumine selgub jaotisest 4. Kuigi 1983–1993 olid surmatunnistus ja -akt muutumatu andmekoosseisuga, on surmaregistri andmekoosseis ja tunnuste kodeerimine nende aastate vältel erinev olenevalt andmete sisestamise ajast. Lisas 1 on toodud surmaregistri põhifailide struktuur. Iga ajaperioodi kohta on säilitatud ka originaalandmed, mille koosseis ja kodeerimine võib põhifailidest mõningal määral erineda.

#### 3.1. Isikut tuvastavad tunnused

Isikut tuvastavate (identifitseerivate) tunnuste salvestamist surmaregistris näitab tabel 3.1.

**Tabel 3.1.** Isikut tuvastavate tunnuste olemasolu Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	1983– 1985	1986– 1988	1989– 1991	1992– 1993	1994– 2002
Isikukood				x	x
Nimi	x		x	x	x
Elukoht					
linn/alev/vald	x	x	x	x	x
tänav/küla			x		x
maja ja korter			x		x

##### 3.1.1. Isikukood ja nimi

Isikukoodi registreerimine sai võimalikuks 1992, kui Eesti Vabariigis kehtestati isikukood Põhjamaade ja mitmete teiste riikide eeskujul.

Perekonnanimi ja eesnimi on salvestatud eraldi tunnustena hõlbustamiseks kvaliteedikontrolli ja riskasutust. Kui nimest esineb teine variant (näiteks prantsuspärane kirjaviis), siis hoitakse ka see registris.

##### 3.1.2. Elukoht

Elukoht tähistab isiku viimast tegelikku elukohta ja on kodeeritud hierarhiliselt, kus kaks esimest numbrit näitavad maakonda, kolm järgmist haldusüksust, kolm järgmist riiki ja viimane number tähistab haldusüksuse tüüpi (linn/alev/vald). Kasutatud on *Eesti haldus- ja asustusjaotuse klassifikaatorit* ja *Riikide ja territooriumide klassifikaatorit (ISO 3166; International Standard Codes for the Representation of the Names of Countries)* (<http://www.stat.ee/klasifikaatorid>). On järgitud ajalisi muutusi haldusjaotuses; nt kui kaks valda liideti mingil aastal kokku, siis on edaspidi kodeeritud see uus vald. Täpne aadress on sisestatud ajaperioodidel 1989–1991 ja 1994–2002, teistel aastatel jääb aadress linn/alev/vald tasandile.

### 3.2. Demograafilised tunnused

Tabelis 3.2 on esitatud demograafiliste tunnuste olemasolu surmaregistris. Suuremaid kõikumisi aastati esineb hariduse ja tavategevusala märkimisel.

**Tabel 3.2.** Demograafiliste tunnuste olemasolu Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	1983– 1985	1986– 1987	1988	1989– 1991	1992– 1993	1994– 2001	2002
Sugu	x	x	x	x	x	x	x
Sünniaeg							
päev	x	x		x	x	x	x
kuu	x	x	x	x	x	x	x
aasta	x	x	x	x	x	x	x
Kodakondsus						x	x
Rahvus	x	x	x	x	x	x	x
Haridus							
algharidus või vähem	x	x	x	x	x	x	x
põhiharidus						x	x
mittetäielik keskharidus	x	x	x	x	x		
keskharidus	x	x	x	x	x	x	x
kesk-eriharidus	x	x	x	x	x	x	x
lõpetamata kõrgharidus	x	x	x	x	x		
rakenduslik kõrgharidus						x	
kõrg-/ülikooliharidus	x	x	x	x	x	x	x
Perekonnaseis							
registreeritud abielus	x	x	x	x	x	x	x
vabaabielus						x	x
vallaline	x	x	x	x	x	x	x
lahutatud	x	x	x	x	x	x	x
lesk	x	x	x	x	x	x	x
Tavategevusala							
töötav	x			x	x	x	x
tööline			x				
teenistuja			x				
kolhoosnik			x				
töötu	x			x	x	x	x
ajateenija	x			x	x	x	x
kinnipeetav	x			x	x	x	x
(üli)õpilane	x		x	x	x	x	x
pensionär	x		x	x	x	x	x
töövõimetu	x			x	x	x	x
kodune	x			x	x	x	x
lapsehoolduspuhkusel	x				x		
muu mittetöötav	x				x		
Amet (töötavate puhul)	x			x	x	x	x
Sünnikoht	x			x	x	x	x



### 3.2.1. Sugu

Sugu on kodeeritud kõikidel aastatel ühtemoodi:

- 1 mees
- 2 naine

### 3.2.2. Sünnikuupäev

Sünnikuupäev on kõikidel aastatel registreeritud kujul päev/kuu/aasta. Erandiks on vaid aasta 1988, kui sünniaeg esineb kujul kuu/aasta, päev on jäänud sisestamata. Alates 1994 täidetakse surmatõendil vaid isikukood, millest eraldatakse sünniaeg ja hoitakse lisaks isikukoodile eraldi tunnusena.

### 3.2.3. Kodakondsus

Kodakondsust hakati registreerima alates 1994 ja see on kodeeritud *Riikide ja territooriumide klassifikaatori (ISO 3166; International Standard Codes for the Representation of the Names of Countries)* järgi (<http://www.stat.ee/klassifikaatorid>). Selle klassifikaatori järgi ei saa eristada kodakondsuseta isikuid, nad satuvad kategooriasse teadmata.

### 3.2.4. Rahvus

Rahvust on kodeeritud kõikidel aastatel sama *Rahvuste klassifikaatori* järgi (<http://www.stat.ee/klassifikaatorid>)

### 3.2.5. Haridus

Haridust kodeeriti 1983–1993 NSVLi klassifikaatori järgi, mis sisaldas lõpetamata haridustasemeid:

- 1 kõrgharidus
- 2 lõpetamata kõrgharidus
- 3 kesk-eriharidus
- 4 üld-keskharidus
- 5 mittetäielik keskharidus
- 6 algharidus või vähem

1994–2001 võeti hariduse kodeerimisel arvesse ainult lõpetatud haridustasemed, muudatused haridussüsteemis lisasid kategooria rakendus-kõrgharidus:

- 1 algharidus või vähem
- 2 põhiharidus
- 3 keskharidus
- 4 kesk-eriharidus
- 5 rakendus-kõrgharidus
- 6 ülikooliharidus

Alg- ja põhihariduse puhul registreeriti lisaks lõpetatud klasside arv.

Alates 2002 võeti kasutusele kombinatsioon üldharidusest ja eriharidusest, mis paraku kaotas võimaluse eristada rakendus-kõrgharidust:

- üldharidus A algharidus või vähem  
                  B põhiharidus  
                  C üldkeskharidus  
eriharidus 0 eriharidus puudub

- 1 kutseharidus
- 2 kutseharidus koos põhihariduse omandamisega
- 3 kutseharidus koos keskhariduse omandamisega
- 4 kutsekeskharidus
- 5 keskeri/-tehnikumiharidus
- 6 kõrgharidus

Surmaregistris jäädi võrreldavuse huvides jaotuse juurde, mis kehtis 1994–2001, kuid ilmselt tuleb rakendus-kõrgharidus liita ülikooliharidusega (tabel 3.3).

**Tabel 3.3.** Seos eri ajaperioodide haridustasemete vahel Eesti surmaregistris 1983–2002

1983–2002	1983–1993	1994–2001	2002
1 algharidus või vähem	6	1	A0, A1
2 põhiharidus	5	2	A2, B0–B2
3 keskharidus	4, 2	3	C0–C2
4 kesk-eriharidus	3	4	A3–A5, B3–B5, C5
5 rakendus-kõrgharidus	–	5	–
6 ülikooliharidus	1	6	A6, B6, C6

### 3.2.6. Perekonnaseis

Perekonnaseisu kodeeriti 1983–1993 kategooriates (tabel 3.4), mida saab dokumentaalselt tõestada:

- 1 registreeritud abielus
- 2 vallaline
- 3 lesk
- 4 lahutatud

1994–2002 on lisandunud kategooria "vabaabielus", et peegeldada tegelikku olukorda:

- 1 registreeritud abielus
- 2 vabaabielus
- 3 vallaline
- 4 lahutatud
- 5 lesk

**Tabel 3.4.** Seos eri ajaperioodide perekonnaseisu kategooriate vahel Eesti surmaregistris 1983–2002

1983–2002	1983–1993	1994–2002
1 registreeritud abielus	1	1
2 vabaabielus	–	2
3 vallaline	2	3
4 lahutatud	4	4
5 lesk	3	5

### 3.2.7. Tavategevusala ja amet

Tavategevusala on 1983–1985 ja 1992–1993 kodeeritud kümnes kategoorias (tabel 3.5):

- 01 töötav
- 02 kinnipeetav
- 03 ajateenija
- 04 lapsehoolduspuhkusel
- 05 (üli)õpilane
- 06 pensionär
- 07 töövõimetu
- 08 töötu
- 09 kodune
- 10 muu mittetöötav

1986–1987 tavategevusala ei registreeritud.

1988 on kasutatud NSVLis kasutusel olnud jaotust, kus kategooriaid on vähem, kuid see-eest “töötav” on jagatud kolme kategooriasse (1–3):

- 1 tööline
- 2 teenistuja
- 3 kolhoosnik
- 4 pensionär
- 5 (üli)õpilane

1989–1991 ja 1994–2002 on tavategevusala kodeeritud kaheksas kategoorias:

- 1 töötav
- 2 töötu
- 3 ajateenija
- 4 kinnipeetav
- 5 (üli)õpilane
- 6 pensionär
- 7 töövõimetu
- 8 kodune

**Tabel 3.5.** Seos eri ajaperioodide tavategevusala kategooriate vahel Eesti surmaregistris 1983–2002

1983–2002	1983–1985, 1992–1993	1986–1987	1988	1989–1991, 1994–2002
1 töötav	01	–	1, 2, 3	1
2 töötu	08	–	–	2
3 ajateenija	03	–	–	3
4 kinnipeetav	02	–	–	4
5 (üli)õpilane	05	–	5	5
6 pensionär	06	–	4	6
7 töövõimetu	07	–	–	7
8 kodune	04, 09, 10	–	–	8

Kuni 1994 kodeeriti tavategevusala teksti kujul esitatud ameti või elatusvahendite allika järgi, tavategevusala kategooriad ilmusid surmatõendile 1994.

Ameti registreerimine on seotud tavategevusala registreerimisega ja puudub 1986–1988. Teistel aastatel on amet registreeritud tavategevusala “töötav” puhul ja kasutusel on 26 kategooriat, ei kasutata rahvusvahelist klassifikaatorit. Lisas 2 on esitatud ametite kodeerimistabel.

### 3.2.8. Sünnikoht

1983–1985 ja 1989–2002 on sünnikoht Eestis sündinud isikutel kodeeritud maakonna tasandil ja väljaspool Eestit sündinud isikutel riigi tasandil hierarhilise koodina, kus kaks esimest numbrit näitavad maakonda ja kolm järgmist riiki. Kasutatud on *Eesti haldus- ja asustusjaotuse klassifikaatorit* ning *Riikide ja territooriumide klassifikaatorit (ISO 3166; International Standard Codes for the Representation of the Names of Countries)* (<http://www.stat.ee/klassifikaatorid>).

1986–1988 sünnikohta ei registreeritud.

### 3.3. Surmaga seotud tunnused

Surmaga seotud tunnuste jaotust Eesti surmaregistris näitab tabel 3.6.

**Tabel 3.6.** Surmaga seotud tunnuste olemasolu Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	1983– 1985	1986– 1987	1988	1989– 1991	1992– 1993	1994– 2001	2002
Surmakuupäev							
päev	x	x		x	x	x	x
kuu	x	x	x	x	x	x	x
aasta	x	x	x	x	x	x	x
Vanus surmahetkel	x	x	x	x	x	x	x
Surmapõhjused							
surma algpõhjus	x	x	x	x	x	x	x
lisapõhjus	x	x	x	x	x	x	x
kaasuv põhjus					x	x	x
kaasuva põhjuse lisa- põhjus					x	x	x
II kaasuv põhjus					x	x	x
III kaasuv põhjus					x	x	x
Surmapõhjuse määraja							
arst						x	x
surma tuvastanud arst	x	x	x	x	x		
raviarst	x	x	x	x	x		
arst-ekspert	x	x	x	x	x		
sünnituse vastuvõtnud arst	x	x	x	x	x		
last ravinud arst	x	x	x	x	x		
velsker	x	x	x	x	x		
patoloog	x	x	x	x	x	x	x
kohtuarst	x	x	x	x	x	x	x
Surmapõhjuse määramise alus							
laiba ülevaatus	x	x	x	x	x		x
meditsiinidokument	x	x	x	x	x		x
eelnev jälgimine	x	x	x	x	x		
lahang	x	x	x	x	x		x

Surma tinginud asjaolu						
haigus	x		x	x	x	x
õnnetusjuhtum					x	x
tööõnnetus	x		x	x		
mitte-tööõnnetus	x		x	x		
enesetapp	x		x	x	x	x
rünne (tapmine)	x		x	x	x	x
muu					x	x
Surmakoht						
raviasutus		x	x	x	x	x
kodu		x	x	x	x	x
muu		x	x	x	x	x

### 3.3.1. Surmakuupäev

Surmakuupäev on kõikidel aastatel registreeritud kujul päev/kuu/aasta. Erandiks on üksnes 1988, kui surmaaeg esineb kujul kuu/aasta, päev on jäänud sisestamata.

### 3.3.2. Vanus surmahetkel

Vanust surmahetkel ei oleks vaja registreerida, kui seda saaks alati arvutada. Arvutada ei ole võimalik vaid 1988, kui sünnikuu=surmakuu, sest ei ole sisestatud täpset sünni- ega surmakuupäeva. Kasutada saab sel juhul sisestatud vanust.

### 3.3.3. Surmapõhjused

Surmapõhjusi on eri ajaperioodidel kodeeritud eri klassifikaatorite alusel (tabel 3.7). Vastavuse leidmisel RHK-9 NSVLi versiooni ja RHK-9 vahel saab kasutada vaid surmapõhjuste rühmi, sest NSVLi versioon on väiksema detailsusega (lisa 3). Ka vastavus RHK-9 ja RHK-10 vahel on võimalik vaid surmapõhjusi rühmitades, sest täpne vastavus pole alati saavutatav isegi 4-kohaliste koodide puhul. (Eesti surmaregistris on enamasti kodeeritud 3 kohta.)

**Tabel 3.7.** Surmapõhjuste kodeerimiseks kasutatavad klassifikaatorid Eesti surmaregistris 1983–2002

Ajaperiood	Klassifikaator	Surmapõhjuse koodid	Lisapõhjuse koodid (välispõhjuse korral)
1983–1987	RHK-9 NSVLi versioon	001–185	186–195
1988	RHK-9 NSVLi versioon	001–175	186–195
1989–1993	RHK-9 NSVLi versioon	001–175, 196–205	186–195
1994–1996	RHK-9	vt RHK-9	vt RHK-9
1997–2002	RHK-10	vt RHK-10	vt RHK-10

1983–1991 on sisestatud vaid surma algpõhjus ning välispõhjuse korral lisapõhjus. Alates 1992 lisandusid kaasuvad surmapõhjused.

### 3.3.4. Surmapõhjuse määraja

1989–1993 on surmapõhjuse määraja (tabel 3.8) kodeeritud kaheksas kategoorias:

- 1 surma tuvastanud arst
- 2 raviarst
- 3 patoanatoom
- 4 kohtuekspert
- 5 arst-ekspert
- 6 sünnituse vastuvõtnud arst
- 7 last ravinud arst
- 8 velsker (ämmaemand)

Kategooriad 5–8 lisandusid perinataalsurmatõendilt.

1994–2002 on kaheksa kategooriat koondatud kolmeks:

- 1 arst
- 2 patoloog
- 3 kohtuarst

**Tabel 3.8.** Seos eri ajaperioodide surmapõhjuse määraja kategooriate vahel Eesti surmaregistris 1983–2002

1983–2002	1983–1993	1994–2002
1 arst	1, 2, 5–8	1
2 patoloog	3	2
3 kohtuarst	4	3

### 3.3.5. Surmapõhjuse määramise alus

1983–1993 on surmapõhjuse määramise alus (tabel 3.9) kodeeritud järgmiselt:

- 1 laiba ülevaatus
- 2 meditsiinidokumentatsioon
- 3 eelnev jälgimine
- 4 lahing

1994–2001 surmapõhjuse määramise alust ei registreeritud, vastav tunnus kadus surmatõendilt.

2002 viidi surmapõhjuse määramise alus surmatõendile tagasi, kodeerituna veidi teisiti kui varasematel aastatel:

- 1 lahing
- 2 meditsiinidokumendid
- 3 laiba ülevaatus

**Tabel 3.9.** Seos eri ajaperioodide surmapõhjuse määramise aluse kategooriate vahel Eesti surmaregistris 1983–2002

1983–2002	1983–1993	1994–2001	2002
1 lahing	4	–	1
2 meditsiinidokumendid	2, 3	–	2
3 laiba ülevaatus	1	–	3

### 3.3.6. Surma tinginud asjaolu

Surma tinginud asjaolu on otse tuletatav surmapõhjusest.

1983–1985 ja 1989–1993 on surma tinginud asjaolu (tabel 3.10) kodeeritud nii, et eristatud on tööõnnetused ja mitte-tööõnnetused:

- 1 haigus
- 2 mitte-tööõnnetus
- 3 tööõnnetus
- 4 tapmine
- 5 enesetapp

1986–1988 surma tinginud asjaolu ei registreeritud, surmaregistris on vastav tunnus täidetud surmapõhjuse järgi nagu aastatel 1994–2002:

- 1 haigus
- 2 õnnetusjuhtum
- 3 enesetapp
- 4 tapmine (rünn)

1994–2002 lisandub kategooria “muu”:

- 1 haigus
- 2 õnnetusjuhtum
- 3 enesetapp
- 4 tapmine (rünn)
- 5 muu

**Tabel 3.10.** Seos eri ajaperioodide surma tinginud asjaolu kategooriate vahel Eesti surmaregistris 1983–2002

1983–2002	1983–1985, 1989–1993	1986–1988	1994–2002
1 haigus	1	1	1
2 õnnetusjuhtum	2, 3	2	2
3 enesetapp	5	3	3
4 tapmine (rünn)	4	4	4
5 muu	–	–	5

### 3.3.7. Surmakoht

1983–1987 surmakohta ei registreeritud.

1988–2002 on surmakoht kodeeritud ühtemoodi läbi kõigi aastate:

- 1 raviasutus
- 2 kodu
- 3 muu

### 3.4. Lisatunnused imikusurmade puhul

Lisatunnuste hulk imikusurmade (lisa 1) puhul on läbi aastate pidevalt muutunud. Surma- registri põhifailis on salvestatud valik olulisematest tunnustest, neist osa esineb vaid perinataalsete surmade korral. (*selles failis surmad 0–6 päeva, elussünnid*)

#### 3.4.1. Ema demograafilised tunnused

Ema demograafilistest tunnustest on kõikidel aastatel esindatud haridus, perekonnaseis, tavategevusala ja amet (tavategevusala “töötav”). Eri ajaperioodidel kodeeriti ema demograafilisi tunnuseid erinevalt, nagu kirjeldatud eespool alajaotises 3.2.

#### 3.4.2. Imiku sünni ja surmaga seotud lisatunnused

Imiku sünni ja surmaga seotud lisatunnuste jaotust Eesti surmaregistris näitab tabel 3.11.

**Tabel 3.11.** Imikusurmade sünni ja surmaga seotud lisatunnuste olemasolu Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	1983– 1985	1986– 1988	1989– 1991	1992– 1993	1994– 2002
Sünnikaal			X	X	X
Sünni kellaaeg*			X	X	
Surma kellaaeg*			X	X	X
Sünnituse aegsus*					
õigeaegne			X	X	X
enneaegne			X	X	X
ülekantud			X	X	X
Lapse seisund*					
matsereerunud			X		X
asfüksias			X		X
Surma saabumise aeg*					
enne sünnitust			X		X
sünnituse ajal			X		X
pärast sünnitust			X		X
Lapse vanus surmahetkel					
surnultsünd*	X	X	X	X	X
0–6 päeva, elussünd	X	X	X	X	X
7–27 päeva	X	X	X	X	X
28 päeva–1 aasta (v.a)	X	X	X	X	X
Surmapõhjused**					
lapsepoolne surmapõhjus	X	X	X	X	X
emapoolne surmapõhjus		X	X	X	X
emapoolne kaasuv põhjus				X	X

\* kirjeldatav surmaregister ei sisalda surnultsünde

\*\* registreeritud ainult perinataalsurmade korral



### **3.4.2.1. Sünnikaal**

Kuni ühe aasta vanuste laste sünnikaal (grammides) registreeriti 1989–1993. Alates 1994 registreeritakse sünnikaal ainult kuni ühe kuu vanuste laste kohta, kuid juhendis on soovitatud märkida sünnikaal võimaluse korral kuni ühe aasta vanuseni.

### **3.4.2.2. Sünni kellaeg**

Sünni kellaega (tunnid/minutid) registreeriti perinataalsurmade korral 1989–1993. Alates 1994 sünni kellaega enam ei registreerita (vastav tunnus kadus surmatõendilt), kuid sellela muutub tähtsusetuks ka surma kellaeg.

### **3.4.2.3. Surma kellaeg**

Surma kellaega (tunnid/minutid) registreeritakse perinataalsurmade korral alates 1989.

### **3.4.2.4. Sünnituse aegsus**

Sünnituse aegsust kodeeritakse perinataalsurmade korral alates 1989:

- 1 õigeaegne
- 2 enneaegne
- 3 ülekantud

### **3.4.2.5. Lapse seisund**

Lapse seisundit sünnihetkel kodeeritakse perinataalsurmade korral 1989–1991 ja uuesti alates 1994:

- 1 matsereerunud
- 2 asfüksias

### **3.4.2.6. Surma saabumise aeg**

Surma saabumise aega kodeeritakse perinataalsurmade korral 1989–1991 ja uuesti alates 1994:

- 1 enne sünnitust (sünnitustegevust)
- 2 sünnituse ajal
- 3 pärast sünnitust
- 9 aeg teadmata

### **3.4.2.7. Lapse vanus surmahetkel**

Lapse vanuserühm surmahetkel on kodeeritud sarnaselt läbi kõigi aastate:

- 1 surnultsünd
- 2 0–6 päeva, elussünd
- 3 7–27 päeva
- 4 28 päeva–1 aasta (v.a)

Lapse vanuserühm surmahetkel aitab eristada perinataalset, neonataalset ja postneonataalset surma; surnult- ja elussündi.

### 3.4.2.8. Surmapõhjused

Perinataalsurmade korral lisanduvad lapsepoolne ja emapoolne surmapõhjus ning emapoolne kaasuv põhjus. Ka neid surmapõhjusi on eri ajaperioodidel kodeeritud eri klassifikaatorite alusel (Tabel 3.12).

Lapsepoolsete põhjuste vastavus NSVLi versiooni ja RHK-9 vahel on esitatud lisa 4. Emapoolsete põhjuste vastavus NSVLi versiooni ja RHK-9 vahel on toodud lisa 5. Kuna NSVLi versioon on vähem detailne kui RHK-9, siis saab vastavuse leidmisel kasutada vaid põhjuste rühmi.

Tabel 3.12. Perinataalperioodi surmapõhjuste kodeerimiseks kasutatavad klassifikaatorid

Ajaperiood	Klassifikaator	Lapsepoolse surmapõhjuse koodid	Emapoolse surmapõhjuse koodid	Emapoolse kaasuva surmapõhjuse koodid
1983–1985	NSVLi versioon	28–50, 99		
1986–1991	NSVLi versioon	28–50, 99	01–26, 99	
1992–1993	NSVLi versioon	28–50, 99	01–26, 99	01–26, 99
1994–1996	RHK-9	vt RHK-9	vt RHK-9	vt RHK-9
1997–2002	RHK-10	vt RHK-10	vt RHK-10	vt RHK-10

1983–1985 ei ole sisestatud emapoolset surmapõhjust, 1983–1991 emapoolset kaasuvat surmapõhjust.

### 3.5. Alusdokumendid

Alusdokumentide (surmaakti ja surmatõendi (-tunnistuse)) numbrilise salvestamine registris on toodud tabelis 3.13.

Tabel 3.13. Alusdokumentide numbrilise olemasolu Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	1983–1985	1986–1988	1989–1991	1992–1993	1994–2002
Surmaakti number	x		x	x	x
Surmatõendi (-tunnistuse) number			x		x

#### 3.5.1. Surmaakti number

1986–1988 surmaakti numbrit ei registreeritud.

1983–1985 ja 1989–2002 salvestati surmaakti number viiekohalisena.

#### 3.5.2. Surmatõendi (-tunnistuse) number

1983–1988 ja 1992–1993 surmatunnistuse numbrit ei registreeritud.

1989–1991 ja 1994–2002 salvestati surmatõendi (-tunnistuse) number viiekohalisena.

#### 4. Eesti surmaregistri andmestiku kvaliteet

Kvaliteedi analüüsil on peatunud eelkõige teadmata väärtuste sageduse tabeldamisega, sest vastavus ühele või teisele (rahvusvahelisele) klassifikatsioonile/klassifikaatorile leidis käsitlemist eespool 3. peatükis.

Ettevaatavalt võib öelda, et kuna tuvastamata laipade hulgas on mehi rohkem kui naisi, tõstab see teadmata tunnuste väärtuste suhtelist sagedust meestel, seda eriti demograafiliste tunnuste osas. Torkab silma, et NSVLi perioodil toimunud sündmuste puhul on teadmata väärtusi tunduvalt vähem, mis viitab väärandmete esitamisele surmatõendil.

Lisaks sellele on vaatluse alla võetud (alajaotis 4.5) aastate 1989–1991 surmad, mis olid sisestatud surmaregistrisse kaks korda. Nimelt, esimene kord olid nad registris isikut tuvastavate tunnusteta, teisel korral loodi nimetatud aastate kohta surmafailid uuesti. Selleks, nagu juba kirjeldatud alajaotises 2.1, sisestati ESAs surmatunnistuste ja -aktide alusel surmad uuesti, seekord surnu nime ja täpse elukohaga. Ehkki analüüsitavas surmaregistris on aastate 1989–1991 kohta ainult viimase sisestamise tulemus, saime tänu varem sisestatud andmete säilitamisele teha võrdluse varasema ja hilisema andmestiku vahel. Hilisemas sisestuses on teksti kujul esitatud tunnuste korral kasutatud sisestuse ajal kehtinud kategooriaid. On sisestatud lisaks tunnuseid, mis esinesid surmatunnistusel ja -aktil, kuid puudusid varasemas sisestuses.

Surmaregistri ja meditsiinilise sünniregistri varaste neonataalsurmade kirjete kõrvutamise isikuti andis hea ülevaate erinevuste kohta andmetes ja teadmises, et kummalgi registril on oma spetsiifika, millest tulenevalt ei ole otstarbekas andmeid dubleerida vaid ainult registre oma vaheline linkimine annab kvaliteetse väljundi.

Tasub meeles pidada, et ulatuslik kvaliteedikontroll tehti siis, kui iga-aastastest surmafailidest moodustati surmaregister. Moodustamise käigus tehtud testidega selgitati välja iga faili andmekvaliteet ja parandati need vead, mida oli võimalik kõrvaldada ilma algdokumentatsiooni juurde pöördumata. Lubamatud koodid asendati väärtusega "teadmata".

Kokku on Eesti surmaregistris 384 366 surmajuhtu, neist 189 126 meestel ja 384 366 naistel. Surmade jaotus surma-aasta ja soo järgi on esitatud tabelis 4.1.

**Tabel 4.1.** Surmajuhtude arv surma-aasta ja soo järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed	Naised	Kokku
1983	8647	9546	18193
1984	8923	10166	19089
1985	9087	10246	19333
1986	8349	9637	17986
1987	8405	9874	18279
1988	8471	10081	18552
1989	8694	9840	18534
1990	9427	10102	19529
1991	9595	10107	19702
1992	10037	10072	20109
1993	10710	10554	21264
1994	11481	10713	22194
1995	10832	9993	20825

1996	9632	9390	19022
1997	9412	9156	18568
1998	9854	9584	19438
1999	9410	9066	18476
2000	9274	9144	18418
2001	9521	8984	18505
2002	9365	8985	18350

#### 4.1. Isikut tuvastavad tunnused

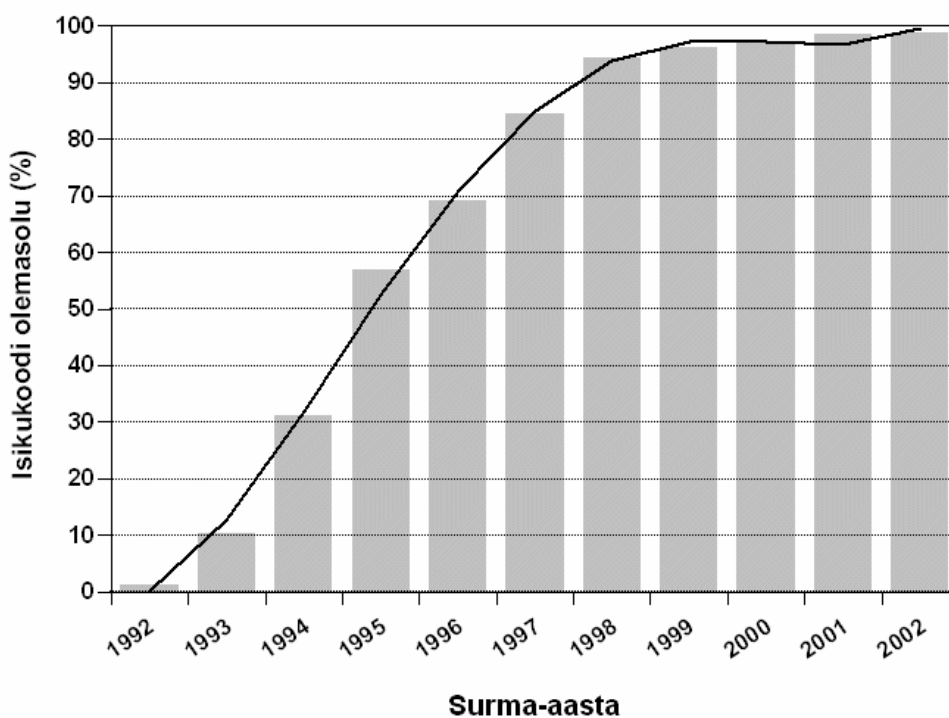
Isikut tuvastavate tunnuste puudumist kajastab tabel 4.2.

**Tabel 4.2.** Isikut tuvastavate tunnuste teadmata väärtuste osakaal Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
Isikukood (alates 1992)	38813	35,4	35939	34,0	74752	34,7
Nimi						
eesnimi	26324	13,9	29808	15,3	56132	14,6
perekonnanimi	26292	13,9	29785	15,3	56077	14,6
Elukoht						
linn/alev/vald	1507	0,8	279	0,1	1786	0,5
tänav/küla	75448	39,9	81813	41,9	157261	40,9

##### 4.1.1. Isikukood ja nimi

Isikukoodi on aasta-aastalt hakatud Eestis üha enam kasutama (joonis 4.1). Sagedamini on isikukood puudu meestel (tabel 4.3).



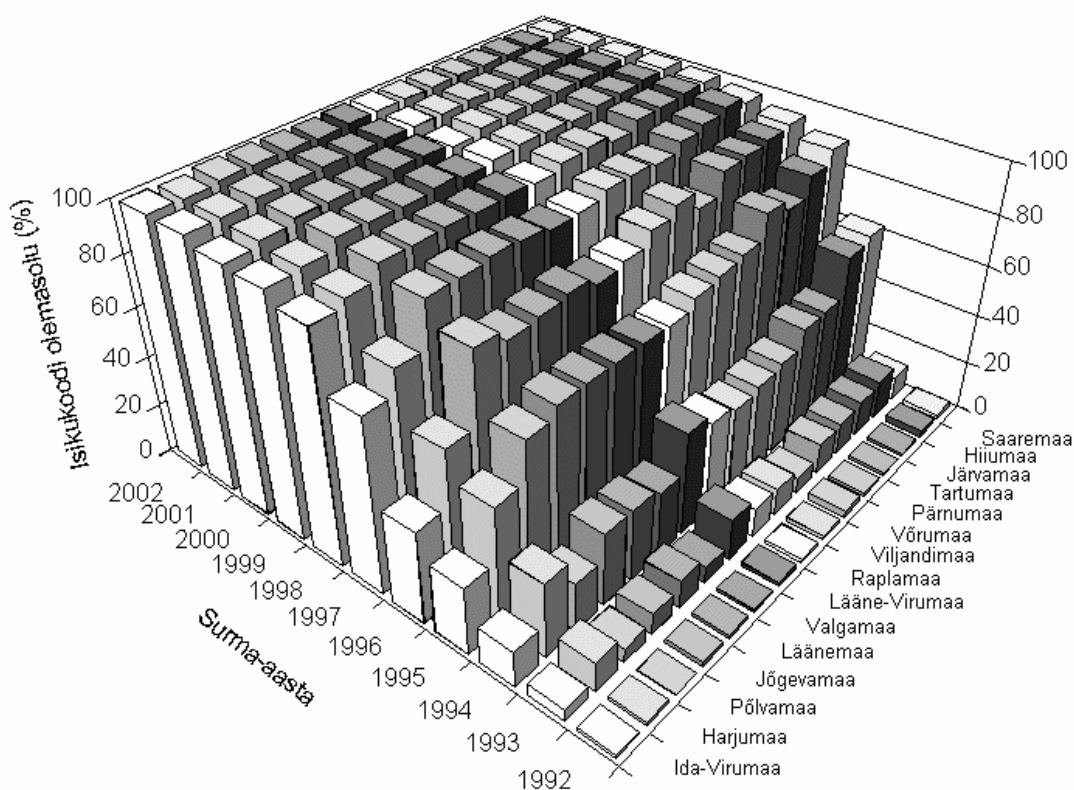
**Joonis 4.1.** Isikukoodi olemasolu surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1992–2002.  
**Tabel 4.3.** Isikukoodi teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti

surmaregistris 1992–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1992	9892	98,6	9957	98,9	19849	98,7
1993	9544	89,1	9545	90,4	19089	89,8
1994	7830	68,2	7451	69,6	15281	68,9
1995	4752	43,9	4209	42,1	8961	43,0
1996	3182	33,0	2700	28,8	5882	30,9
1997	1638	17,4	1252	13,7	2890	15,6
1998	731	7,4	373	3,9	1104	5,7
1999	520	5,5	199	2,2	719	3,9
2000	370	4,0	139	1,5	509	2,8
2001	212	2,2	60	0,7	272	1,5
2002	142	1,5	54	0,6	196	1,1

Kõigi isikukoodide kontrollnumber vastab isikukoodi struktuuri valemile [EV standard, 1990], mis siiski ei tähenda, et kõigil isikutel oleksid õiged isikukoodid. 1992–2002 esineb registris 20 paari kirjeid, kellel on sama isikukood. Viiel juhul on tegemist ka sama nimega ja neist kahel juhul on isegi aadress sama. Sama aadressi korral on surm ilmselt korduvalt registreeritud, kuid surma algpõhjus on paarilistel erinev.

Maakondadest on isikukoodi kasutuselevõtt kõige kiiremini kulgenud Hiiumaal ja Saaremaal, kõige aeglasemalt aga Ida-Virumaal ja Põlvamaal (joonis 4.2).

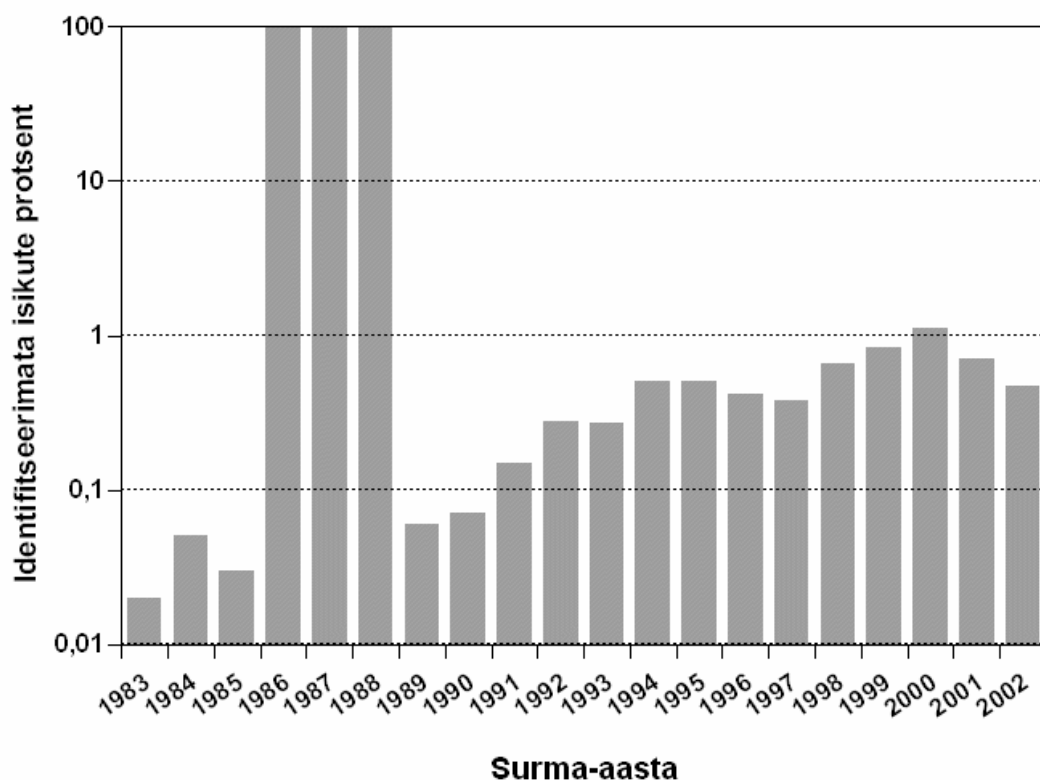


**Joonis 4.2.** Isikukoodi olemasolu maakonniti surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1992–2002.

Et enne 1992. aastat ei olnud võimalik isiku tuvastamiseks kasutada isikukoodi, siis lugesime tuvastamata isikute hulka puuduva perekonnanimega isikud (tabel 4.4). Joonisel 4.3 on sama informatsioon visualiseeritud tulpdiaagrammina.

**Tabel 4.4.** Tuvastamata isikute osakaal surma-aasta järgi Eesti surma-registris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	3	0,0	1	0,0	4	0,0
1984	7	0,1	2	0,0	9	0,0
1985	3	0,0	3	0,0	6	0,0
1986	8349	100,0	9637	100,0	17986	100,0
1987	8404	100,0	9874	100,0	18278	100,0
1988	8471	100,0	10080	100,0	18551	100,0
1989	8	0,1	3	0,0	11	0,1
1990	7	0,1	7	0,1	14	0,1
1991	26	0,3	4	0,0	30	0,2
1992	45	0,4	12	0,1	57	0,3
1993	51	0,5	7	0,1	58	0,3
1994	97	0,8	14	0,1	111	0,5
1995	91	0,8	14	0,1	105	0,5
1996	67	0,7	12	0,1	79	0,4
1997	63	0,7	8	0,1	71	0,4
1998	116	1,2	12	0,1	128	0,7
1999	133	1,4	23	0,3	156	0,8
2000	172	1,9	35	0,4	207	1,1
2001	108	1,1	22	0,2	130	0,7
2002	71	0,8	15	0,2	86	0,5



**Joonis 4.3.** Tuvastamata isikute osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002.

Nimi on oluline tunnus korduvate kirjade väljaselgitamiseks. Mõnikord võib juhtuda, et sama isiku kohta on antud välja kaks surmatõendit – üks elukohta ja teine surmakoha järgi. Registris esineb 5 paari, kellel sama nimi, sama sünnikuupäev ja sama surmakuupäev. Lisaks esineb veel 8 paari, kellel sama nimi, sama sünnikuupäev, sama elukoht linna/alevi/valla tasemel. Sellised kirjed vajavad lisakontrolli, sest tõenäoliselt ei ole tegemist nimekaimudega.

#### 4.1.2. Elukoht

Surmaregistris on elukoht meestel näidatud puudulikumalt kui naistel (tabel 4.5).

**Tabel 4.5.** Elukohta teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	26	0,3	9	0,1	35	0,2
1984	39	0,4	13	0,1	52	0,3
1985	19	0,2	8	0,1	27	0,1
1986	0	–	0	–	0	–
1987	0	–	0	–	0	–
1988	0	–	0	–	0	–
1989	20	0,2	5	0,1	25	0,1
1990	16	0,2	7	0,1	23	0,1
1991	49	0,5	4	0,0	53	0,3
1992	81	0,8	20	0,2	101	0,5
1993	89	0,8	14	0,1	103	0,5
1994	152	1,3	23	0,2	175	0,8
1995	108	1,0	15	0,2	123	0,6

1996	92	1,0	17	0,2	109	0,6
1997	86	0,9	12	0,1	98	0,5
1998	151	1,5	18	0,2	169	0,9
1999	160	1,7	26	0,3	186	1,0
2000	192	2,1	40	0,4	232	1,3
2001	131	1,4	24	0,3	155	0,8
2002	96	1,0	24	0,3	120	0,7

Täpne aadress on tähtis sobitamisvigade vältimiseks nii korduvate kirjete leidmisel kui ka andmebaaside linkimisel. Paraku ei ole 1985–1988 ega 1992–1993 täpset aadressi sisestatud, elukoht jääb linna/alevi/valla tasandile.

## 4.2. Demograafilised tunnused

Demograafilistest tunnustest on surmaregistris kõige suuremad lüngad kodakondsuse, sünnikoha ja tavategevusala esitamisel (tabel 4.6).

**Tabel 4.6.** Demograafiliste tunnuste teadmata väärtuste osakaal Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
Sugu					0	0,0
Sünnikuupäev						
päev	9705	5,1	10534	5,4	20239	5,3
kuu	1279	0,7	524	0,3	1803	0,5
aasta	1137	0,6	214	0,1	1351	0,4
Kodakondsus (alates 1994)	27378	30,8	23406	27,5	50784	29,2
Rahvus	2383	1,3	1058	0,5	3441	0,9
Haridus	4018	2,1	1566	0,8	5584	1,5
Perekonnaseis	4230	2,2	1570	0,8	5800	1,5
Tavategevusala	20797	11,0	20484	10,5	41281	10,7
Amet (töötav)	2281	7,3	636	8,3	2917	7,5
Sünnikoht	26923	14,2	30074	15,4	56997	14,8

### 4.2.1. Sugu

Eesnime registreerimine aitab leida vastuolusid soo ja nime vahel ning kontrollida täiendavalt võimalikke sisestusvigu. Tüüpilisel eesti/vene naisenimel võib olla sugu “mees” (nt Leida, Veera – mees) ja eesti/vene mehenimel sugu “naine” (nt Ants, Nikolai – naine). Selliseid kirjeid, kus ilmselt sugu valesti sisestatud (või nimi valesti kirjutatud?), leidub surmaregistris 99.

### 4.2.2. Sünnikuupäev

Sünnipäev puudub registris peaaegu kõigil 1988. aastal surnud isikutel (tabel 4.7).



**Tabel 4.7.** Sünnipäeva teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	3	0,0	4	0,0	7	0,0
1984	7	0,1	3	0,0	10	0,1
1985	3	0,0	3	0,0	6	0,0
1986	37	0,4	80	0,8	117	0,7
1987	25	0,3	54	0,5	79	0,4
1988	8461	99,9	10076	100,0	18537	99,9
1989	34	0,4	32	0,3	66	0,4
1990	18	0,2	45	0,4	63	0,3
1991	45	0,5	38	0,4	83	0,4
1992	45	0,4	12	0,1	57	0,3
1993	61	0,6	8	0,1	69	0,3
1994	105	0,9	14	0,1	119	0,5
1995	97	0,9	17	0,2	114	0,5
1996	71	0,7	17	0,2	88	0,5
1997	67	0,7	15	0,2	82	0,4
1998	120	1,2	15	0,2	135	0,7
1999	141	1,5	24	0,3	165	0,9
2000	173	1,9	38	0,4	211	1,1
2001	120	1,3	24	0,3	144	0,8
2002	72	0,8	15	0,2	87	0,5

Sünnikuu on sagedamini märkimata meestel ja üha enam alates 1998. aastast (tabel 4.8).

**Tabel 4.8.** Sünnikuu teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

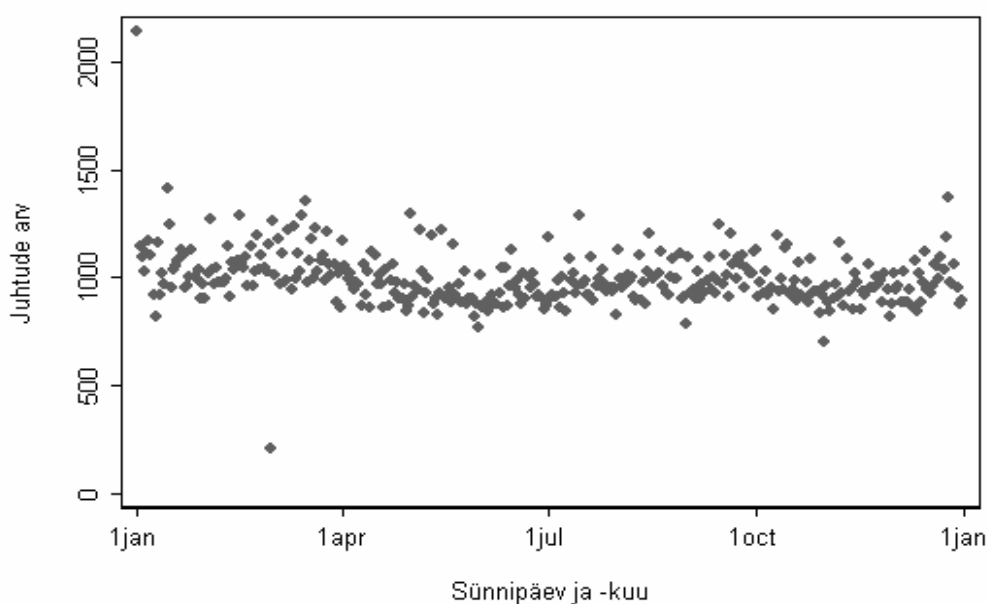
Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	3	0,0	4	0,0	7	0,0
1984	7	0,1	3	0,0	10	0,1
1985	3	0,0	3	0,0	6	0,0
1986	37	0,4	78	0,8	115	0,6
1987	24	0,3	52	0,5	76	0,4
1988	38	0,4	72	0,7	110	0,6
1989	33	0,4	32	0,3	65	0,4
1990	18	0,2	45	0,4	63	0,3
1991	45	0,5	37	0,4	82	0,4
1992	45	0,4	12	0,1	57	0,3
1993	61	0,6	8	0,1	69	0,3
1994	105	0,9	14	0,1	119	0,5
1995	97	0,9	17	0,2	114	0,5
1996	70	0,7	17	0,2	87	0,5
1997	67	0,7	15	0,2	82	0,4
1998	120	1,2	14	0,1	134	0,7
1999	141	1,5	24	0,3	165	0,9
2000	173	1,9	38	0,4	211	1,1
2001	120	1,3	24	0,3	144	0,8
2002	72	0,8	15	0,2	87	0,5

Sünniaasta on samuti sagedamini jäänud märkimata meestel ning seda üha enam alates aastast 1998 (tabel 4.9).

**Tabel 4.9.** Sünniaasta teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	3	0,0	4	0,0	7	0,0
1984	7	0,1	3	0,0	10	0,1
1985	3	0,0	3	0,0	6	0,0
1986	6	0,1	1	0,0	7	0,0
1987	6	0,1	1	0,0	7	0,0
1988	18	0,2	8	0,1	26	0,1
1989	8	0,1	3	0,0	11	0,1
1990	7	0,1	6	0,1	13	0,1
1991	23	0,2	4	0,0	27	0,1
1992	45	0,4	12	0,1	57	0,3
1993	60	0,6	8	0,1	68	0,3
1994	105	0,9	14	0,1	119	0,5
1995	95	0,9	14	0,1	109	0,5
1996	65	0,7	13	0,1	78	0,4
1997	64	0,7	9	0,1	73	0,4
1998	119	1,2	13	0,1	132	0,7
1999	141	1,5	24	0,3	165	0,9
2000	173	1,9	38	0,4	211	1,1
2001	119	1,2	23	0,3	142	0,8
2002	70	0,7	13	0,1	83	0,5

Fiktiivse sünnikuupäeva olemasolu kontrollimiseks surmaregistris on joonisel 4.4 esitatud sünnipäeva ja sünnikuu esinemise sagedus. Kõige harvem esineb 29. veebruar, mis vastab asjade tegelikule seisule. Paraku osutab 1. jaanuari ülisage esinemine sellele, et seda päeva ja kuud on kasutatud puuduvate andmete "parandamiseks".



**Joonis 4.4.** Surmade jaotus sünnipäeva ja -kuu järgi Eesti surmaregistris 1983–2002.

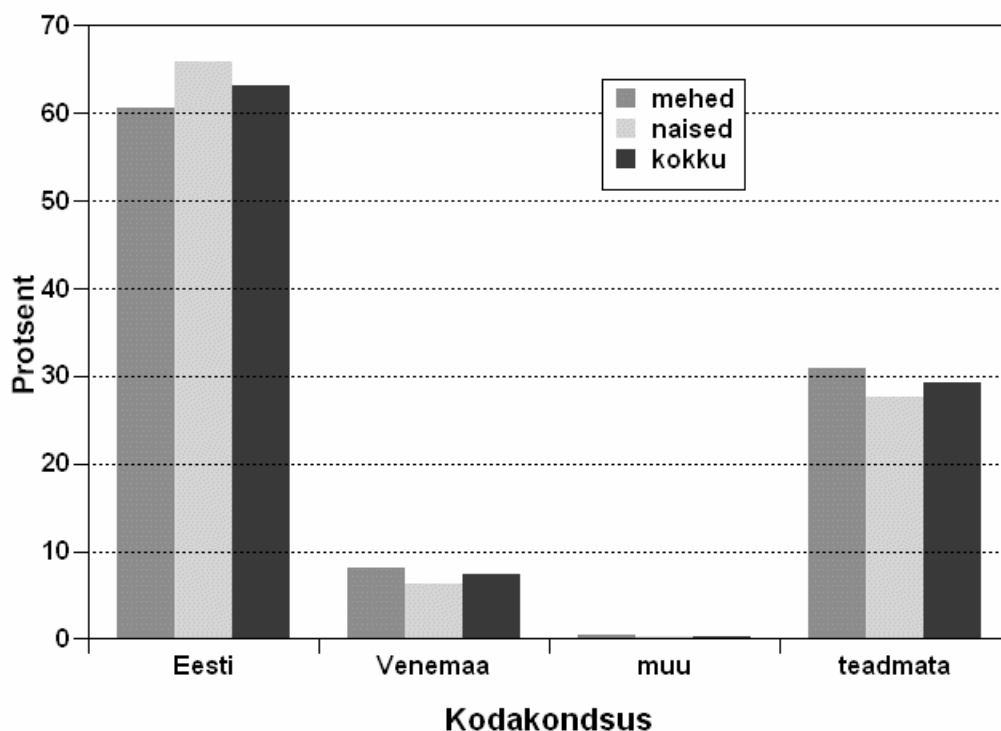
### 4.2.3. Kodakondsus

Andmed kodakondsuse kohta on surmaregistris olemas alates 1994. aastast. Kodakondsust on aasta-aastalt hakatud registreerima üha hoolikamalt, kuid jällegi on meeste andmed lünklikumad kui naiste omad (tabel 4.10).

**Tabel 4.10.** Kodakondsuse teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1994–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1994	7708	67,1	7418	69,2	15126	68,2
1995	4844	44,7	4476	44,8	9320	44,8
1996	3206	33,3	2839	30,2	6045	31,8
1997	2198	23,4	1892	20,7	4090	22,0
1998	2092	21,2	1634	17,0	3726	19,2
1999	1944	20,7	1378	15,2	3322	18,0
2000	1888	20,4	1350	14,8	3238	17,6
2001	1839	19,3	1225	13,6	3064	16,6
2002	1659	17,7	1194	13,3	2853	15,5

Joonisel 4.5 on näidatud surmade jaotus vastavalt kodakondsusele üheksa viimase aasta vältel.



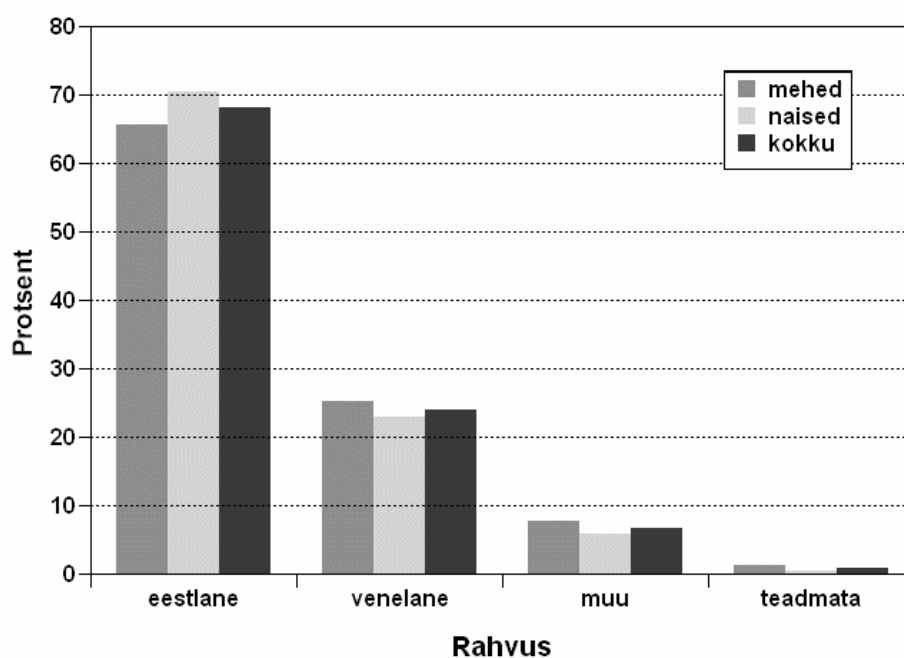
**Joonis 4.5.** Surmade jaotus kodakondsuse järgi Eesti surmaregistris 1994–2002.

#### 4.2.4. Rahvus

Rahvuse registreerimisel toimus suur tagasilöök 1993. aastal, mil 8,9% meeste ja 6,9% naiste rahvus jäi surmaregistris märkimata (tabel 4.11). Ka pärast nimetatud aastat on rahvuse registreerimisse suhtunud leigelt. Surmade jaotus rahvuse (eestlased, venelased, muu rahvus, teadmata) järgi on esitatud joonisel 4.6.

**Tabel 4.11.** Rahvuse teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	3	0,0	2	0,0	5	0,0
1984	9	0,1	3	0,0	12	0,1
1985	4	0,0	3	0,0	7	0,0
1986	6	0,1	2	0,0	8	0,0
1987	5	0,1	3	0,0	8	0,0
1988	16	0,2	5	0,0	21	0,1
1989	12	0,1	3	0,0	15	0,1
1990	10	0,1	7	0,1	17	0,1
1991	34	0,4	3	0,0	37	0,2
1992	66	0,7	27	0,3	93	0,5
1993	956	8,9	733	6,9	1689	7,9
1994	140	1,2	42	0,4	182	0,8
1995	111	1,0	25	0,3	136	0,7
1996	78	0,8	17	0,2	95	0,5
1997	83	0,9	12	0,1	95	0,5
1998	147	1,5	18	0,2	165	0,8
1999	174	1,8	28	0,3	202	1,1
2000	204	2,2	48	0,5	252	1,4
2001	193	2,0	41	0,5	234	1,3
2002	132	1,4	36	0,4	168	0,9



**Joonis 4.6.** Surmade jaotus rahvuse järgi Eesti surmaregistris 1983–2002.

#### 4.2.5. Haridus

Hariduse märkimisel leidis teatud muutus aset alates aastast 1991, mil surmaregistris hakkas suurenema teadmata haridusega isikute arv (tabel 4.12).

**Tabel 4.12.** Hariduse teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	17	0,2	10	0,1	27	0,1
1984	28	0,3	12	0,1	40	0,2
1985	27	0,3	8	0,1	35	0,2
1986	17	0,2	8	0,1	25	0,1
1987	17	0,2	11	0,1	28	0,2
1988	31	0,4	8	0,1	39	0,2
1989	58	0,7	22	0,2	80	0,4
1990	84	0,9	28	0,3	112	0,6
1991	134	1,4	63	0,6	197	1,0
1992	247	2,5	143	1,4	390	1,9
1993	363	3,4	169	1,6	532	2,5
1994	600	5,2	370	3,5	970	4,4
1995	512	4,7	174	1,7	686	3,3
1996	179	1,9	42	0,4	221	1,2
1997	195	2,1	49	0,5	244	1,3
1998	284	2,9	59	0,6	343	1,8
1999	315	3,3	86	0,9	401	2,2
2000	290	3,1	82	0,9	372	2,0
2001	322	3,4	99	1,1	421	2,3
2002	298	3,2	123	1,4	421	2,3

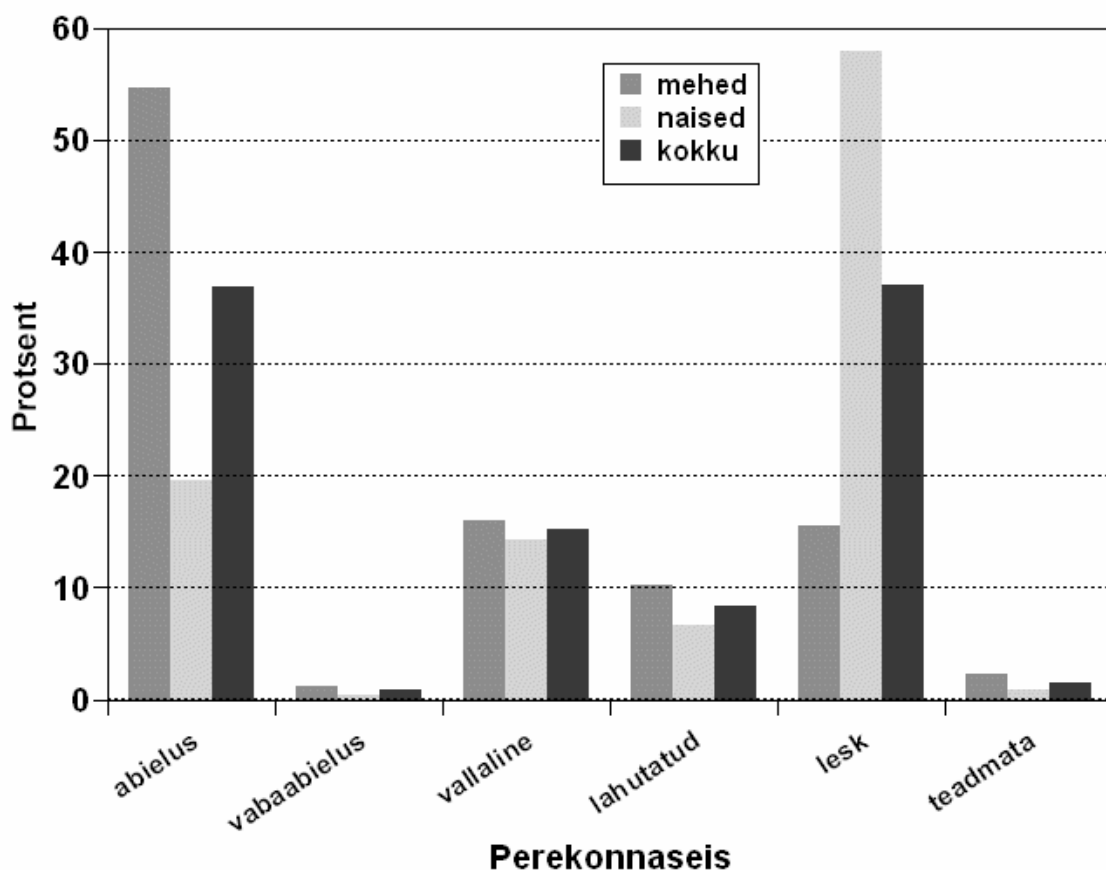
#### 4.2.6. Perekonnaseis

Nii nagu hariduse puhul, on ka perekonnaseisu registreerimisel alates 1991. aastast hakatud seda harvemini märkima (tabel 4.13). Meestel on väärtus "abielus" ja naistel väärtus "lesk" märgitud kõige sagedamini (joonis 4.7).

**Tabel 4.13.** Perekonnaseisu teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	14	0,2	11	0,1	25	0,1
1984	27	0,3	9	0,1	36	0,2
1985	24	0,3	8	0,1	32	0,2
1986	16	0,2	14	0,1	30	0,2
1987	16	0,2	10	0,1	26	0,1
1988	32	0,4	16	0,2	48	0,3
1989	52	0,6	23	0,2	75	0,4
1990	74	0,8	27	0,3	101	0,5
1991	114	1,2	58	0,6	172	0,9

1992	215	2,1	124	1,2	339	1,7
1993	338	3,2	149	1,4	487	2,3
1994	511	4,5	301	2,8	812	3,7
1995	468	4,3	140	1,4	608	2,9
1996	328	3,4	117	1,2	445	2,3
1997	398	4,2	111	1,2	509	2,7
1998	454	4,6	141	1,5	595	3,1
1999	295	3,1	73	0,8	368	2,0
2000	284	3,1	76	0,8	360	2,0
2001	308	3,2	76	0,8	384	2,1
2002	262	2,8	86	1,0	348	1,9



Joonis 4.7. Surmade jaotus perekonnaseisu järgi Eesti surmaregistris 1983–2002.

#### 4.2.7. Tavategevusala ja amet

Tavategevusala on täielikult registreerimata 1986–1987 ning see on halvemini registreeritud meestel (tabel 4.14). Nende isikute hulgas, kelle tavategevusalaks on näidatud "töötav", on amet täiesti esitamata aastal 1988 (tabel 4.15).

**Tabel 4.14.** Tavategevusala teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	11	0,1	8	0,1	19	0,1
1984	30	0,3	13	0,1	43	0,2
1985	30	0,3	7	0,1	37	0,2
1986	8349	100,0	9637	100,0	17986	100,0
1987	8405	100,0	9874	100,0	18279	100,0
1988	159	1,9	32	0,3	191	1,0
1989	96	1,1	23	0,2	119	0,6
1990	107	1,1	20	0,2	127	0,7
1991	142	1,5	25	0,2	167	0,8
1992	151	1,5	31	0,3	182	0,9
1993	218	2,0	39	0,4	257	1,2
1994	432	3,8	154	1,4	586	2,6
1995	416	3,8	83	0,8	499	2,4
1996	284	2,9	74	0,8	358	1,9
1997	312	3,3	63	0,7	375	2,0
1998	404	4,1	87	0,9	491	2,5
1999	418	4,4	125	1,4	543	2,9
2000	281	3,0	69	0,8	350	1,9
2001	310	3,3	64	0,7	374	2,0
2002	242	2,6	56	0,6	298	1,6

**Tabel 4.15.** Ameti (tavategevusala “töötav”) teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	0	–	1	0,2	1	0,0
1984	4	0,2	1	0,2	5	0,2
1985	0	–	0	–	0	–
1988	2080	100,0	564	100,0	2644	100,0
1989	0	–	0	–	0	–
1990	1	0,0	0	–	1	0,0
1991	0	–	0	–	0	–
1992	3	0,1	0	–	3	0,1
1993	3	0,2	0	–	3	0,1
1994	25	1,2	30	6,5	55	2,2
1995	31	1,9	7	2,0	38	1,9
1996	9	0,7	5	1,8	14	0,9
1997	12	1,0	2	0,7	14	0,9
1998	13	1,0	4	1,4	17	1,1
1999	13	1,2	6	2,2	19	1,4
2000	15	1,5	1	0,3	16	1,3
2001	29	3,0	7	2,6	36	2,9
2002	43	4,3	8	3,0	51	4,0

#### 4.2.8. Sünnikoht

Sünnikoht on näitamata aastatel 1986–1988 ja see on sagedamini puudu meestel (tabel 4.16).

**Tabel 4.16.** Sünnikoha teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	25	0,3	29	0,3	54	0,3
1984	36	0,4	34	0,3	70	0,4
1985	29	0,3	18	0,2	47	0,2
1986	8349	100,0	9637	100,0	17986	100,0
1987	8405	100,0	9874	100,0	18279	100,0
1988	8471	100,0	10080	100,0	18551	100,0
1989	32	0,4	18	0,2	50	0,3
1990	30	0,3	19	0,2	49	0,3
1991	57	0,6	21	0,2	78	0,4
1992	101	1,0	43	0,4	144	0,7
1993	119	1,1	39	0,4	158	0,7
1994	157	1,4	52	0,5	209	0,9
1995	137	1,3	26	0,3	163	0,8
1996	87	0,9	16	0,2	103	0,5
1997	95	1,0	14	0,2	109	0,6
1998	147	1,5	20	0,2	167	0,9
1999	164	1,7	28	0,3	192	1,0
2000	205	2,2	52	0,6	257	1,4
2001	167	1,8	32	0,4	199	1,1
2002	110	1,2	22	0,2	132	0,7

#### 4.3. Surmaga seotud tunnused

Surmaga seotud tunnustest puudub sagedamini surmakoht, surmapõhjuse määramise alus ja surmapõhjuse määraja (tabel 4.17).

**Tabel 4.17.** Surmaga seotud tunnuste teadmata väärtuste osakaal Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
Surmakuupäev						
päev	8474	4,5	10082	5,2	18556	4,8
kuu	2	0,0	0	–	2	0,0
aasta	0	–	0	–	0	–
Vanus surmahetkel	1136	0,6	214	0,1	1350	0,4
Surma algpõhjus	885	0,5	252	0,1	1137	0,3
Surmapõhjuse määraja	21902	11,6	27167	13,9	49069	12,8
Surmapõhjuse määramise alus (1983–1993)	15651	15,6	24547	22,3	40198	19,1
Surma tinginud asjaolu	2152	1,1	585	0,3	2737	0,7
Surmakoht	43893	23,2	50146	25,7	94039	24,5



### 4.3.1. Surmakuupäev

Surmapäeva ja surmakuu puudumist kajastavad tabelid 4.18 ja 4.19. Puuduvaid kuupäevi on vähe seetõttu, et on kasutatud fiktiivset päeva 1. jaanuar ning et leitud laipade puhul on surmakuupäevaks registreeritud laiba leidmise kuupäev.

**Tabel 4.18.** Surmapäeva teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

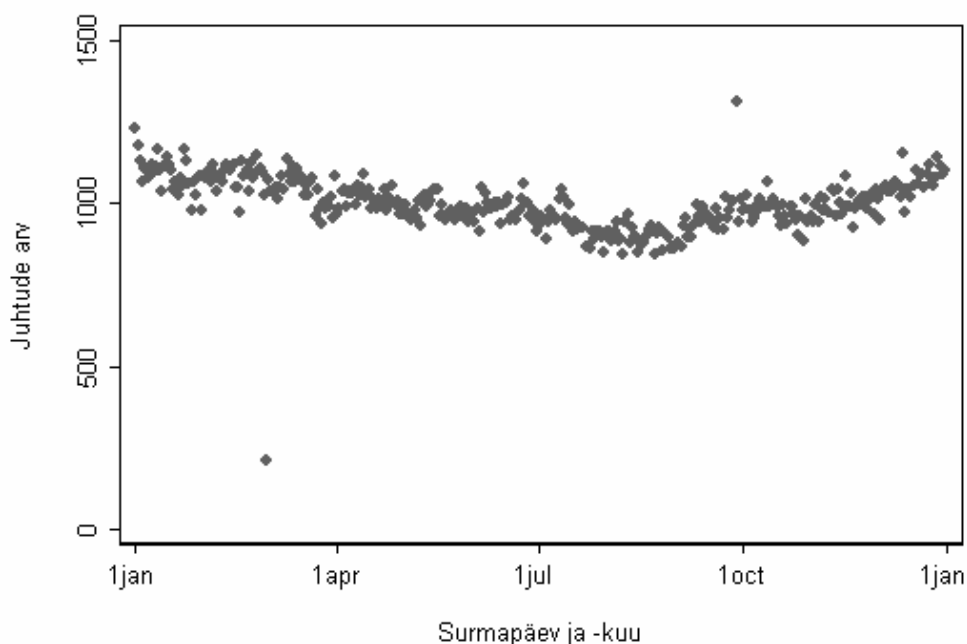
Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	0	–	0	–	0	–
1984	0	–	0	–	0	–
1985	0	–	0	–	0	–
1986	3	0,0	2	0,0	5	0,0
1987	0	–	0	–	0	–
1988	8471	100,0	10080	100,0	18551	100,0
1989	0	–	0	–	0	–
1990	0	–	0	–	0	–
1991	0	–	0	–	0	–
1992	0	–	0	–	0	–
1993	0	–	0	–	0	–
1994	0	–	0	–	0	–
1995	0	–	0	–	0	–
1996	0	–	0	–	0	–
1997	0	–	0	–	0	–
1998	0	–	0	–	0	–
1999	0	–	0	–	0	–
2000	0	–	0	–	0	–
2001	0	–	0	–	0	–
2002	0	–	0	–	0	–

**Tabel 4.19.** Surmakuu teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	0	–	0	–	0	–
1984	0	–	0	–	0	–
1985	0	–	0	–	0	–
1986	2	0,0	0	–	2	0,0
1987	0	–	0	–	0	–
1988	0	–	0	–	0	–
1989	0	–	0	–	0	–
1990	0	–	0	–	0	–
1991	0	–	0	–	0	–
1992	0	–	0	–	0	–
1993	0	–	0	–	0	–
1994	0	–	0	–	0	–
1995	0	–	0	–	0	–

1996	0	–	0	–	0	–
1997	0	–	0	–	0	–
1998	0	–	0	–	0	–
1999	0	–	0	–	0	–
2000	0	–	0	–	0	–
2001	0	–	0	–	0	–
2002	0	–	0	–	0	–

Fiktiivse surmakuupäeva olemasolu kontrollimiseks on joonisel 4.8 esitatud surmapäeva ja surmakuu esinemise sagedus. Kui jätta kõrvale selgelt eristuvad 29. veebruar (liigaasta) ja 28. september (parvlaeva *Estonia* kataastroof), siis on jällegi näha 1. jaanuari sagedasem esinemine, ehkki vähemal määral kui sünnikuupäeva puhul. See viitab asjaolule, et teadmata surmakuupäevi on olnud vähem kui teadmata sünnikuupäevi.



**Joonis 4.8.** Surmade jaotus surmapäeva ja -kuu järgi Eesti surmaregistris 1983–2002.

#### 4.3.2. Vanus surmahetkel

Teadmata vanus surmahetkel on esitatud tabelis 4.20.

**Tabel 4.20.** Vanuse teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	3	0,0	4	0,0	7	0,0
1984	7	0,1	3	0,0	10	0,1
1985	3	0,0	3	0,0	6	0,0
1986	6	0,1	1	0,0	7	0,0
1987	5	0,1	1	0,0	6	0,0
1988	18	0,2	8	0,1	26	0,1
1989	8	0,1	3	0,0	11	0,1
1990	7	0,1	6	0,1	13	0,1

1991	23	0,2	4	0,0	27	0,1
1992	45	0,4	12	0,1	57	0,3
1993	60	0,6	8	0,1	68	0,3
1994	105	0,9	14	0,1	119	0,5
1995	95	0,9	14	0,1	109	0,5
1996	65	0,7	13	0,1	78	0,4
1997	64	0,7	9	0,1	73	0,4
1998	119	1,2	13	0,1	132	0,7
1999	141	1,5	24	0,3	165	0,9
2000	173	1,9	38	0,4	211	1,1
2001	119	1,2	23	0,3	142	0,8
2002	70	0,7	13	0,1	83	0,5

### 4.3.3. Surmapõhjused

Teadmata surma algpõhjused on hakatud märkima põhiliselt alates 1994. aastast, kui võeti kasutusele RHK-9. Varem võis teadmata põhjus olla peidetud kategooria "täpsustamata sümptomid ja seisundid" alla. Meestel esineb teadmata surmapõhjus sagedamini kui naistel (tabel 4.21).

**Tabel 4.21.** Surma algpõhjuse teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	1	0,0	0	–	1	
1984	0	–	1	0,0	1	
1985	2	0,0	1	0,0	3	
1986	0	–	0	–	0	–
1987	0	–	0	–	0	–
1988	0	–	0	–	0	–
1989	0	–	0	–	0	–
1990	0	–	0	–	0	–
1991	0	–	0	–	0	–
1992	0	–	0	–	0	–
1993	2	0,0	1	0,0	3	0,0
1994	139	1,2	29	0,3	168	0,8
1995	168	1,6	48	0,5	216	1,0
1996	134	1,4	45	0,5	179	0,9
1997	63	0,7	16	0,2	79	0,4
1998	82	0,8	17	0,2	99	0,5
1999	83	0,9	26	0,3	109	0,6
2000	87	0,9	27	0,3	114	0,6
2001	49	0,5	17	0,2	66	0,4
2002	75	0,8	24	0,3	99	0,5

Tabelis 4.22 on esitatud surma algpõhjuse neljanda numbri (alamkategooria) puudumine nende kirjete hulgas, kus neljas number peaks vastavalt RHKle olema kodeeritud. Ilmneb, et aastatel 2001–2002 on toimunud andmekvaliteedi märgatav tõus.

**Tabel 4.22.** Surma algpõhjuse neljanda numbri teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1994–2002

Surma-aasta	Arv	%
<b>RHK-9</b>		
1994	17302	95,8
1995	15869	94,8
1996	14480	95,1
<b>RHK-10</b>		
1997	15954	96,6
1998	16718	96,3
1999	15714	95,6
2000	15381	94,1
2001	2338	14,0
2002	2015	12,2

#### 4.3.4. Surmapõhjuse määraja

Aastatel 1983–1985 puudub surmapõhjuse määraja enamikel juhtudel. Ka 1992–1993 on toimunud mõningane tagasimineku surmapõhjuse määraja registreerimisel (tabel 4.23).

**Tabel 4.23.** Surmapõhjuse määraja teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	6578	76,1	8323	87,2	14901	81,9
1984	6972	78,1	8975	88,3	15947	83,5
1985	7888	86,8	9372	91,5	17260	89,3
1986	0	–	0	–	0	–
1987	0	–	0	–	0	–
1988	0	–	0	–	0	–
1989	0	–	0	–	0	–
1990	0	–	0	–	0	–
1991	0	–	0	–	0	–
1992	331	3,3	321	3,2	652	3,2
1993	126	1,2	176	1,7	302	1,4
1994	3	0,0	0	–	3	0,0
1995	0	–	0	–	0	–
1996	0	–	0	–	0	–
1997	0	–	0	–	0	–
1998	0	–	0	–	0	–
1999	2	0,0	0	–	2	0,0
2000	2	0,0	0	–	2	0,0
2001	0	–	0	–	0	–
2002	0	–	0	–	0	–

### 4.3.5. Surmapõhjuse määramise alus

Surmapõhjuse määramise alus puudub 62–65% juhtudest ajavahemikul 1983–1987 ning jällegi on andmekvaliteet langenud 1992–1993 (tabel 4.24).

**Tabel 4.24.** Surmapõhjuse määramise aluse teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–1993

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	4313	49,9	6939	72,6	11248	61,8
1984	4739	53,1	7580	74,6	12319	64,5
1985	4729	52,0	7553	73,7	12282	63,5
1986	0	–	0	–	0	–
1987	0	–	0	–	0	–
1988	0	–	1	0,0	1	–
1989	0	–	0	–	0	–
1990	0	–	0	–	0	–
1991	0	–	0	–	0	–
1992	1092	10,9	1336	13,3	2428	12,1
1993	778	7,3	1142	10,8	1920	9,0

### 4.3.6. Surma tinginud asjaolu

Surma tinginud asjaolu puudumine on saagenud alates 1992. aastast ning saavutanud maksimumi 2002 (tabel 4.25).

**Tabel 4.25.** Surma tinginud asjaolu teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	28	0,3	14	0,1	42	0,2
1984	21	0,2	7	0,1	28	0,1
1985	25	0,3	9	0,1	34	0,2
1986	15	0,2	2	0,0	17	0,1
1987	7	0,1	4	0,0	11	0,1
1988	14	0,2	6	0,1	20	0,1
1989	55	0,6	22	0,2	77	0,4
1990	66	0,7	22	0,2	88	0,5
1991	81	0,8	27	0,3	108	0,5
1992	135	1,3	26	0,3	161	0,8
1993	167	1,6	36	0,3	203	1,0
1994	196	1,7	45	0,4	241	1,1
1995	234	2,2	71	0,7	305	1,5
1996	173	1,8	57	0,6	230	1,2
1997	147	1,6	38	0,4	185	1,0
1998	128	1,3	27	0,3	155	0,8
1999	113	1,2	30	0,3	143	0,8
2000	126	1,4	32	0,4	158	0,9
2001	140	1,5	31	0,3	171	0,9
2002	281	3,0	79	0,9	360	2,0

### 4.3.7. Surmakoht

Surmakoht puudub surmaregistris perioodil 1983–1987. Aastatel 1992–1993 puudub surmakoht 2,4–2,5% juhtudest (tabel 4.26).

**Tabel 4.26.** Surmakoha teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	8647	100,0	9546	100,0	18193	100,0
1984	8923	100,0	10166	100,0	19089	100,0
1985	9087	100,0	10246	100,0	19333	100,0
1986	8349	100,0	9637	100,0	17986	100,0
1987	8405	100,0	9874	100,0	18279	100,0
1988	81	1,0	30	0,3	111	0,6
1989	0	–	1	0,0	1	0,0
1990	0	–	0	–	0	–
1991	0	–	0	–	0	–
1992	192	1,9	298	3,0	490	2,4
1993	195	1,8	346	3,3	541	2,5
1994	9	0,1	2	0,0	11	0,0
1995	3	0,0	0	–	3	0,0
1996	0	–	0	–	0	–
1997	0	–	0	–	0	–
1998	2	0,0	0	–	2	0,0
1999	0	–	0	–	0	–
2000	0	–	0	–	0	–
2001	0	–	0	–	0	–
2002	0	–	0	–	0	–

### 4.4. Lisatunnused imikusurmade puhul

Imikusurmade puhul on kõigile muudele tunnustele lisaks vaatluse all veel ema demograafiliste tunnuste ning sünni ja surmaga seotud valitud tunnuste kvaliteet.

Imikusurmade jaotus surma-aasta ja vanuse järgi on esitatud tabelis 4.27.

**Tabel 4.27.** Imikusurmade arv surma-aasta ja vanuse järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	0–6 päeva, elussünd	7–27 päeva	28 päeva–1 aasta (v.a)	Kokku
1983	204	58	127	389
1984	180	39	112	331
1985	179	48	105	332
1986	223	45	117	385
1987	240	40	122	402
1988	226	37	49	312
1989	191	57	112	360
1990	133	46	96	275

1991	131	36	91	258
1992	185	29	69	283
1993	124	30	84	238
1994	93	42	70	205
1995	107	32	62	201
1996	73	19	47	139
1997	51	19	56	126
1998	37	31	46	114
1999	51	24	44	119
2000	48	28	34	110
2001	32	31	48	111
2002	31	16	27	74

#### 4.4.1. Ema demograafilised tunnused

Alla 1 aasta (alates 1994 alla 6 aasta) vanuste laste puhul täidetakse surmatõendil demograafilised tunnused ema andmetega. See tekitab segadust ja ilmselgelt on need tunnused täidetud kord ema, kord lapse kohta. Ema demograafilised tunnused tuleks salvestada eraldi väljadesse. Kõige sagedamini on neist tunnustest täitmata tavategevusala (tabel 4.28).

**Tabel 4.28.** Ema demograafiliste tunnuste teadmata väärtuste osakaal Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	Arv	%
Haridus	59	1,2
Perekonnaseis	46	1,0
Tavategevusala	850	17,8
Amet ("töötav")	268	9,4

Aastate lõikes esineb teadmata väärtusi ema demograafiliste tunnuste puhul üsna vähe, erandiks 1986–1987, kus tavategevusala on jäänud registreerimata ja 1988, kus ei ole registreeritud ametit (tabel 4.29).

**Tabel 4.29.** Ema demograafiliste tunnuste teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Haridus		Perekonnaseis		Tavategevusala		Amet	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	3	0,8	2	0,5	4	1,0	0	–
1984	0	–	0	–	0	–	0	–
1985	0	–	0	–	0	–	0	–
1986	1	0,3	1	0,3	385	100,0	–	–
1987	4	1,0	3	0,7	402	100,0	–	–
1988	2	0,6	2	0,6	6	1,9	264	100,0
1989	4	1,1	4	1,1	9	2,5	0	–
1990	3	1,1	3	1,1	3	1,1	0	–
1991	10	3,9	6	2,3	10	3,9	0	–
1992	3	1,1	2	0,7	5	1,8	0	–
1993	8	3,4	6	2,5	6	2,5	2	1,4
1994	7	3,4	4	2,0	7	3,4	0	0,0
1995	7	3,5	6	3,0	6	3,0	2	2,1
1996	2	1,4	2	1,4	2	1,4	0	–

1997	0	–	0	–	0	–	0	–
1998	3	2,6	3	2,6	3	2,6	0	–
1999	0	–	0	–	1	0,8	0	–
2000	1	0,9	1	0,9	1	0,9	0	–
2001	1	0,9	1	0,9	0	–	0	–
2002	0	–	0	–	0	–	0	–

#### 4.4.2. Imiku sünni ja surmaga seotud lisatunnused

Imiku sünni ja surmaga seotud lisatunnuste hulk ja nende registreerimine on aastati palju muutunud ning sellest tuleneb suur teadmata väärtuste osakaal (tabelid 4.30. ja 4.31).

**Tabel 4.30.** Imiku sünni ja surmaga seotud lisatunnuste teadmata väärtuste osakaal Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	Arv	%
Sünnikaal	2758	57,9
Sünni kellaaeg* (1983–1993)	1316	65,3
Surma kellaaeg*	1333	52,5
Sünnituse aegsus*	1268	49,9
Lapse seisund*	1651	65,0
Surma saabumise aeg*	1574	62,0
Lapse vanus surmahetkel	0	–

\* registreeritud ainult perinataalsurmade korral.



**Tabel 4.31.** Imiku sünni ja surmaga seotud lisatunnuste teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Sünnikaal		Sünni kellaaeg*		Surma kellaaeg*		Sünnituse aegsus*		Lapse seisund*		Surma saabumise aeg*	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	389	100,0	204	100,0	204	100,0	204	100,0	204	100,0	204	100,0
1984	331	100,0	180	100,0	180	100,0	180	100,0	180	100,0	180	100,0
1985	332	100,0	179	100,0	179	100,0	179	100,0	179	100,0	179	100,0
1986	385	100,0	223	100,0	223	100,0	223	100,0	223	100,0	223	100,0
1987	402	100,0	240	100,0	240	100,0	240	100,0	240	100,0	240	100,0
1988	312	100,0	226	100,0	226	100,0	226	100,0	226	100,0	226	100,0
1989	129	35,8	7	3,7	17	8,9	2	1,0	5	2,6	1	0,5
1990	100	36,4	4	3,0	7	5,3	2	1,5	3	2,3	0	–
1991	91	35,3	7	5,3	5	3,8	1	0,8	12	9,2	1	0,8
1992	81	28,6	19	10,3	9	4,9	4	2,2	185	100,0	185	100,0
1993	75	31,5	27	21,8	8	6,5	3	2,4	124	100,0	124	100,0
1994	71	34,6	–	–	8	8,6	1	1,1	23	24,7	2	2,2
1995	56	27,9	–	–	7	6,5	1	0,9	30	28,0	6	5,6
1996	1	0,7	–	–	5	6,8	0	–	13	17,8	1	1,4
1997	1	0,8	–	–	3	5,9	0	–	2	3,9	0	–
1998	1	0,9	–	–	4	10,8	1	2,7	1	2,7	1	2,7
1999	0	–	–	–	1	2,0	0	–	1	2,0	0	–
2000	0	–	–	–	4	8,3	1	2,1	0	–	0	–
2001	0	–	–	–	1	3,1	0	–	0	–	1	3,1
2002	1	1,4	–	–	2	6,5	0	–	0	–	0	–

\* registreeritud ainult perinataalsurmade korral.

## 4.5. Alusdokumendid

Surmaakti numbrit ei ole registris 14% ega surmatõendi numbrit 40% juhtudest (tabel 4.32).

**Tabel 4.32.** Alusdokumentide teadmata väärtuste osakaal Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
Surmaakti nr	25225	13,3	29591	15,2	54816	14,3
Surmatõendi nr	72632	38,4	80184	41,1	152816	39,8

### 4.5.1. Surmaakti number

Surmaakti number puudub aastatel 1986–1988 (tabel 4.33). Surmaakti korduvaid numbreid, vaadelduna linna/alevi/valla tasandil ühe aasta piires, esineb rohkesti 1989–1991 ja 1994–1999 (tabel 4.34). Korduvate numbrite olemasolu ei anna võimalust surmajuhtu akti numbril abil määratleda.

**Tabel 4.33.** Surmaakti numbril teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	0	–	0	–	0	–
1984	0	–	0	–	0	–
1985	0	–	0	–	0	–
1986	8349	100,0	9637	100,0	17986	100,0
1987	8405	100,0	9874	100,0	18279	100,0
1988	8471	100,0	10080	100,0	18551	100,0
1989	0	–	0	–	0	–
1990	0	–	0	–	0	–
1991	0	–	0	–	0	–
1992	0	–	0	–	0	–
1993	0	–	0	–	0	–
1994	0	–	0	–	0	–
1995	0	–	0	–	0	–
1996	0	–	0	–	0	–
1997	0	–	0	–	0	–
1998	0	–	0	–	0	–
1999	0	–	0	–	0	–
2000	0	–	0	–	0	–
2001	0	–	0	–	0	–
2002	0	–	0	–	0	–

**Tabel 4.34.** Surmaakti korduvate numbrite osakaal linna/alevi/valla tasandil surma-aasta järgi Eesti surma-registris 1983–1985 ja 1989–2002

Surma-aasta	Arv	%
1983	84	0,5
1984	121	0,6
1985	52	0,3
1989	1246	6,7
1990	1391	7,1
1991	1296	6,6
1992	84	0,4
1993	80	0,4
1994	2010	9,1
1995	2005	9,6
1996	2099	11,0
1997	1758	9,5
1998	1716	8,8
1999	1569	8,5
2000	648	3,5
2001	353	1,9
2002	370	2,0

#### 4.5.2. Surmatõendi (-tunnistuse) number

Surmatõendi (-tunnistuse) number puudub registris 1983–1988 ja 1992–1993 (tabel 4.35). Aastatel 1989–1991 ja 1994–1996 esineb korduvaid numbreid linna/alevi/valla tasandil ühe aasta piires 15% (tabel 4.36). Analoogselt surmaaktiga ei luba surmatõendi korduvad numbrid määratleda surmajuhtu.

**Tabel 4.35.** Surmatõendi (-tunnistuse) numbri teadmata väärtuste osakaal surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1983–2002

Surma-aasta	Mehed		Naised		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
1983	8647	100,0	9546	100,0	18193	100,0
1984	8923	100,0	10166	100,0	19089	100,0
1985	9087	100,0	10246	100,0	19333	100,0
1986	8349	100,0	9637	100,0	17986	100,0
1987	8405	100,0	9874	100,0	18279	100,0
1988	8471	100,0	10080	100,0	18551	100,0
1989	0	–	0	–	0	–
1990	0	–	0	–	0	–
1991	0	–	0	–	0	–
1992	10037	100,0	10072	100,0	20109	100,0
1993	10705	100,0	10553	100,0	21258	100,0
1994	7	0,1	5	0,0	12	0,1
1995	1	0,0	5	0,1	6	0,0

1996	0	–	0	–	0	–
1997	0	–	0	–	0	–
1998	0	–	0	–	0	–
1999	0	–	0	–	0	–
2000	0	–	0	–	0	–
2001	0	–	0	–	0	–
2002	0	–	0	–	0	–

**Tabel 4.36.** Surmatõendi (-tunnistuse) korduvate numbrite osakaal linna/alevi/valla tasandil surma-aasta järgi Eesti surmaregistris 1989–1991 ja 1994–2002

Surma-aasta	Arv	%
1989	2792	15,1
1990	2954	15,1
1991	2969	15,1
1994	3272	14,7
1995	3072	14,8
1996	1018	5,4
1997	49	0,3
1998	98	0,5
1999	48	0,3
2000	33	0,2
2001	33	0,2
2002	16	0,1

#### 4.6. Surmaandmete võrdlus 1989–1991

Tänu sellele, et aastate 1989–1991 surmaandmed sisestati registrisse kaks korda, saime kõrvutada I sisestuse (isikut tuvastavate tunnuste puudumine) ja II sisestuse (lisaks muule sisestatud surnu nimi ja täpne aadress) andmestikku (tabelid 4.37–4.46). Et polnud võimalik kõrvutada individuaalse sobitamise teel, on tuginetud rühmaandmetele. Sisestuste sageduste jaotuse erinevuste statistilise olulisuse üle on otsustatud  $\chi^2$ -testi alusel. Tabelite all on näidatud  $\chi^2$ -väärtus, vabadusastmete arv ja olulisustõenäosus p.

Surmade üldarv kahe sisestuse korral ei erine, küll on aga "muutunud" ühe isiku sugu (tabel 4.37). Taassisestuse tulemusena on 23 võrra vähenenud teadmata vanusega isikute arv (tabel 4.38) ning lisandunud 20 isikut, kelle rahvust ei teata (tabel 4.39). Üldiselt on suhtelise sageduse järgi otsustades vähe muutunud surmajuhtude jaotus vanuse, rahvuse, perekonnaseisu (tabel 4.40), hariduse (tabel 4.41) ja surmapõhjuse (tabel 4.43) järgi. Teise sisestusega suurenes enesetappude arv 13 võrra. Suurimad muutused ilmnevad tavategevusala (tabel 4.42), surmapõhjuse määraja (tabel 4.44), surmapõhjuse määramise aluse (tabel 4.45) ja surmakoha (tabel 4.46) korral.

**Tabel 4.37.** Sisestuste erinevuse võrdlus soo järgi Eesti surmaregistris 1989–1991

Sugu	II sisestus		I sisestus	
	Arv	%	Arv	%
Mehed	27716	47,98	27715	47,98
Naised	30049	52,02	30050	52,02
Kokku	57765		57765	

Pearson  $\chi^2(1)=0,00$ ;  $p=0,99$ .

**Tabel 4.38.** Sisestuste erinevuse võrdlus vanuserühma järgi Eesti surmaregistris 1989–1991

Vanuserühm (aastates)	II sisestus		I sisestus	
	Arv	%	Arv	%
0	892	1,54	894	1,55
1–14	621	1,08	619	1,07
15–64	19083	33,04	19056	32,99
65+	37118	64,26	37122	64,26
Teadmata	51	0,09	74	0,13
Kokku	57765		57765	

Pearson  $\chi^2(4)=4,26$ ;  $p=0,37$ .

**Tabel 4.39.** Sisestuste erinevuse võrdlus rahvuse järgi Eesti surmaregistris 1989–1991

Rahvus	II sisestus		I sisestus	
	Arv	%	Arv	%
Eestlane	40373	69,89	40329	69,82
Venelane	13260	22,96	13281	22,99
Ukrainlane	1155	2,00	1159	2,01
Valgevenelane	823	1,42	825	1,43
Soomlane	978	1,69	988	1,71
Juut	250	0,43	250	0,43
Muu	857	1,48	884	1,53
Teadmata	69	0,12	49	0,08
Kokku	57765		57765	

Pearson  $\chi^2(7)=3,91$ ;  $p=0,79$ .

**Tabel 4.40.** Sisestuste erinevuse võrdlus perekonnaseisu järgi Eesti surmaregistris 1989–1991

Perekonnaseis	II sisestus		I sisestus	
	Arv	%	Arv	%
Abielus	22247	38,51	22225	38,47
Vallaline	8921	15,44	8940	15,48
Lahutatud	4230	7,32	4224	7,31
Lesk	22019	38,12	22023	38,13
Teadmata	348	0,60	353	0,61
Kokku	57765		57765	

Pearson  $\chi^2(4)=0,07$ ;  $p=0,99$ .

**Tabel 4.41.** Sisestuste erinevuse võrdlus hariduse järgi Eesti surmaregistris 1989–1991

Haridus	II sisestus		I sisestus	
	Arv	%	Arv	%
Algharidus või vähem	31105	53,85	31109	53,85
Põhiharidus	10068	17,43	10086	17,46
Keskharidus	8004	13,86	8001	13,85
Kesk-eriharidus	5341	9,25	5331	9,23
Ülikooliharidus	2858	4,95	2875	4,98
Teadmata	389	0,67	363	0,63
Kokku	57765		57765	

Pearson  $\chi^2(5)=0,98$ ;  $p=0,96$ .

**Tabel 4.42.** Sisestuste erinevuse võrdlus tavategevusala järgi Eesti surmaregistris 1989–1991

Tavategevusala	II sisestus		I sisestus	
	Arv	%	Arv	%
Töötav	8258	14,3	8790	15,22
Töötu	300	0,52	0	0,00
Ajateeniija	44	0,08	0	0,00
Kinnipeetav	72	0,12	0	0,00
(Üli)õpilane	394	0,68	2114	3,66
Pensionär	44442	76,94	44726	77,43
Töövõimetu	1463	2,53	0	0,00
Kodune	2379	4,12	1251	2,17
Teadmata	413	0,71	884	1,53
Kokku	57765		57765	

Pearson  $\chi^2(8)=3,6e+03$ ;  $p<0,001$ .

**Tabel 4.43.** Sisestuste erinevuse võrdlus sagedasemate surmapõhjuste järgi Eesti surmaregistris 1989–1991

Surmapõhjus	II sisestus		I sisestus	
	Arv	%	Arv	%
Vähk	10002	17,31	10009	17,33
Vereringeelundite haigused	34589	59,88	34593	59,89
Muu haigus	7148	12,37	7149	12,38
Enesetapp	1262	2,18	1249	2,16
Tapmine	466	0,81	465	0,80
Muu välispõhjus	4298	7,44	4300	7,44
Teadmata	0	0	0	0
Kokku	57765		57765	

Pearson  $\chi^2(5)=0,07$ ;  $p=1,00$

#### **4.7. Sünni- ja surmaregistri andmete võrdlus 1992–2002**

Sünni- ja surmaregistri andmete võrdlemisel kasutasime meditsiinilise sünniregistri ja surmaregistri isikustatud andmeid 1992–2002. Et sünniregister registreerib lapse surma vaid esimesel elunädalal (0–6 päeva), siis saime surmaregistrist kasutada väga väikest alamhulka. Meil kasutada olev surmaregistri koopia ei sisalda surnultsünde, seetõttu jätsime sünniregistri surnultsünnid välja. Kirjed viidi kokku isikute järgi, vaatluse all olid ema demograafilised tunnused ning lapse sünni ja surmaga seotud valiktunnused (tabel 4.47.).

**Tabel 4.47.** Varaste neonataalsete surmade jaotus üldiselt ja valiktunnuseti surmaregistris (SR) ja meditsiinilises sünniregistris (MSR) 1992–2002

Tunnus	Surmajuhude arv										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
SR	185	124	93	107	73	51	37	51	48	32	31
MSR	179	120	94	105	73	51	37	51	48	32	32
Isik SRis, kellele ei leia vastavust MSRis	7	7	2	2	2	0	0	0	1	0	0
Isik MSRis, kellele ei leia vastavust SRis	1	3	3	0	2	0	0	0	1	0	1
Isik esineb nii SRis kui ka MSRis	178	117	91	105	71	51	37	51	47	32	31
Ennatlikult* märgitud surm MSRis	12	2	5	0	1	1	0	0	2	2	0
<b>Tunnuse väärtus erinev (vastav väli täidetud nii SRis kui ka MSRis)</b>											
Ema perekonnaseis	53	43	34	40	26	16	12	12	11	5	12
Ema haridus	52	40	35	34	20	7	8	16	9	11	7
Ema tavategevusala	20	20	29	24	14	12	10	7	7	11	5
Ema rahvus	8	6	2	6	2	3	3	2	1	3	2
Ema elukoht	17	21	3	6	6	2	1	5	5	0	2
Isikukood	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sugu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sünniaeg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Surmaaeg	9	9	3	1	2	0	0	0	2	0	0
Sünni kellaaeg	22	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Surma kellaaeg	42	28	21	22	19	8	9	6	8	5	3
Sünnikaal	13	14	11	24	14	8	6	14	10	7	4
Sünni aegsus (raseduskestus)	8	10	6	4	7	4	2	3	3	5	0
Surm MSRis märkimata	13	3	8	1	1	1	0	0	0	0	0
Surma algpõhjus**	–	–	36	42	23	25	24	27	26	18	10
<b>Tunnuse väärtus puudub SRis (isik esineb nii SRis kui ka MSRis)</b>											
Ema perekonnaseis	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0
Ema haridus	0	0	0	2	0	0	2	0	0	1	0
Ema tavategevusala	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0



Ema rahvus	2	26	1	0	0	0	2	0	0	0	0
Ema elukoht	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Isikukood	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sugu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sünniaeg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Surmaaeg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sünni kellaeg	17	22	91	105	71	51	37	51	47	32	31
Surma kellaeg	4	3	6	6	3	3	4	1	3	1	2
Sünnikaal	8	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0
Sünni aegsus (raseduskestus)	3	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
Surma algpõhjus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Tunnuse väärtus puudub MSRis (isik esineb nii SRis kui ka MSRis)**

Ema perekonnaseis	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Ema haridus	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Ema tavategevusala	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Ema rahvus	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Ema elukoht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Isikukood	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sugu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sünniaeg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Surmaaeg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sünni kellaeg	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0
Surma kellaeg	14	5	10	6	8	1	0	0	0	0	0
Sünnikaal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sünni aegsus (raseduskestus)	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1
Surma algpõhjus	15	4	0	5	2	1	0	0	0	0	0

\*Hiljem aset leidnud surm on ekslikult registreeritud toimunuks 0–6 päeva jooksul.

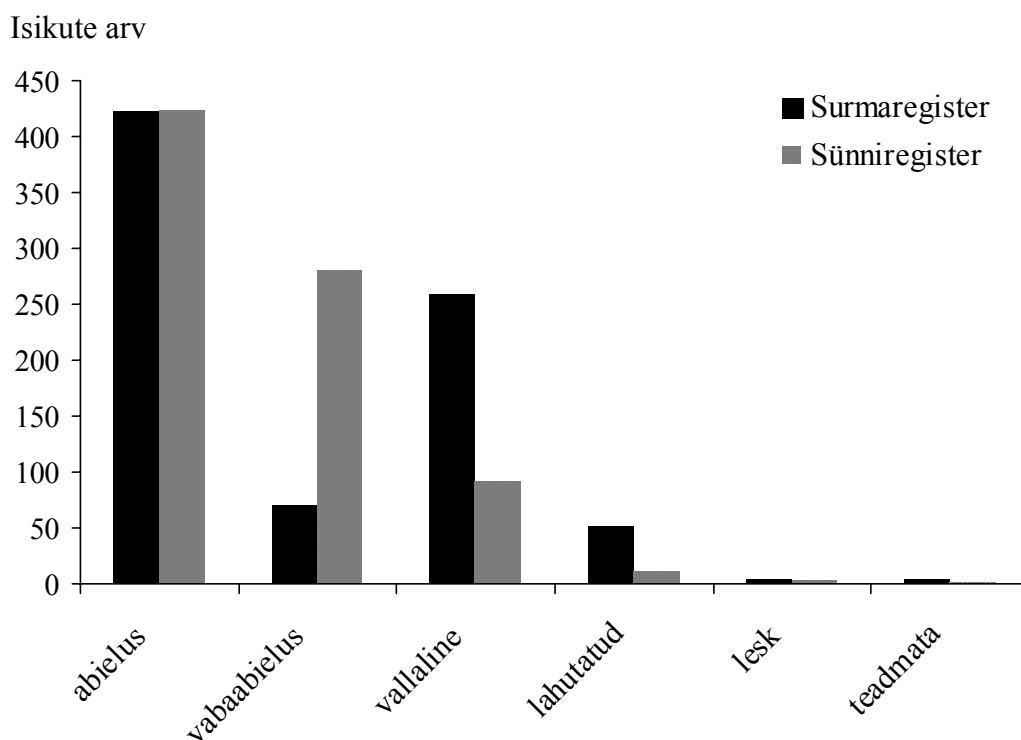
\*\*1992–1993 kasutati surma algpõhjuse kodeerimiseks SRis RHK-9 NSVLi versiooni, mis ei anna võimalust täpseid koode võrrelda; võrdlemisel on kasutatud 1994–1996 RHK-9 ja 1997–2002 RHK-10 koodi kolme esimest sümbolit.

Linkimisel selgus, et surmaregistris esineb isikuid, kellele ei leita vastavust sünniregistris ja vastupidi. Selleks võib olla mitu põhjust – andmete puudumise tõttu ei saa isikuid kokku viia; andmed kriminaalsete surmade kohta ei jõua alati sünniregistrisse; laps on sündinud välismaal, aga surm on registreeritud Eestis. Fakt viitab vajadusele võrrelda ja täiendada registreeritud andmeid omavahel – ja seda registreeritud tavategevuse raames.

Juba põgus pilk võrdlusandmetele näitab, et on üks kindel osa tunnuseid, mida registreeritakse kvaliteetsemalt sünniregistris ja teine osa, mida on hästi registreeritud surmaregistris. Kui isik esineb nii sünni- kui surmaregistris, on teadmata tunnuste väärtusi vaid üksikuid. Erandiks on sünni kellaeg, mida ei ole alates aastast 1994 surmaregistris registreeritudki. Mõlemas registris on võrdselt hästi registreeritud isikukood, millest tuleneb sugu ja sünnikuupäev. Siiski esineb 1992 ja 1993 kummalgi aastal kaks paari isikuid, kus sugu ja sünnikuupäev on küll sama, aga isikukoodi neli viimast numbrit erinevad.

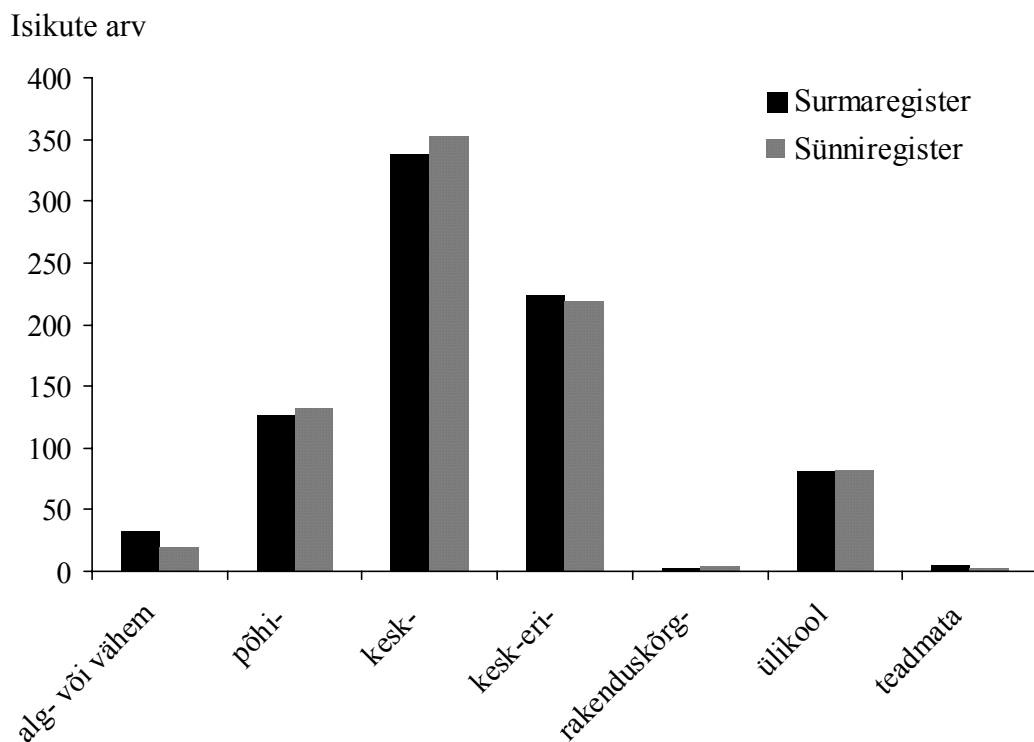
On loogiline, et sünniregistris on õigemini täidetud sünniga (sünnikaal, raseduskestus, sünni kellaeg) ja surmaregistris surmaga (surma kuupäev ja kellaeg, surma algpõhjus) seotud tunnused. Siit saab teha lihtsa järelduse, et neid tunnuseid ei ole mõtet mõlemas registris samaaegselt registreerida, vaid registreid tuleb omavahel linkida. Vastasel juhul võib isegi surmafakt sünniregistris jääda fikseerimata, sest andmed ei laeku, kui laps suri pärast haiglast lahkumist. Samuti ei ole suuremat lootust veatult registreerida surmaregistris sünnikaalu, raseduskestust ja sünni kellaega.

Omaette kategooria moodustavad ema demograafilised tunnused. Erinevus sama isiku vastavate tunnuste registreerimisel kummaski registris on väga suur. Ilmekas näide on perekonnaseis, kus sünniregistris on ilmselt registreeritud tegelik perekonnaseis ja surmaregistris dokumentaalselt tõestatud perekonnaseis (joonis 4.9). Või nimetavad vallalised ja lahutatud emad end sünnikaardi täitmisel vabaabielus olevaiks?

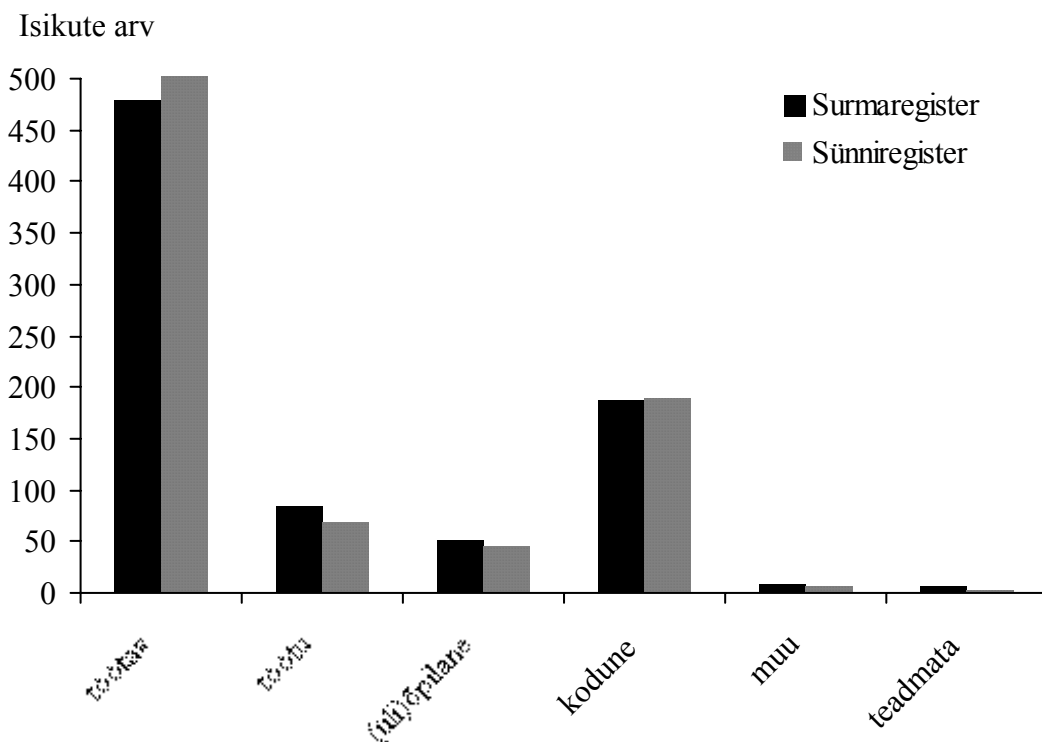


**Joonis 4.9.** Ema perekonnaseis meditsiinilises sünniregistris ja surmaregistris 1992–2002.

Erinevused hariduse ja tavategevusala registreerimisel on isikuti niisama suured kui perekonnaseisu puhul, kuid koondandmeid vaadates erinevus silma ei torka (joonised 4.10 ja 4.11). Järelikult on erinev registreerimine olnud juhuslik ja erinevused kategooriate vahel tasan-  
duvad.

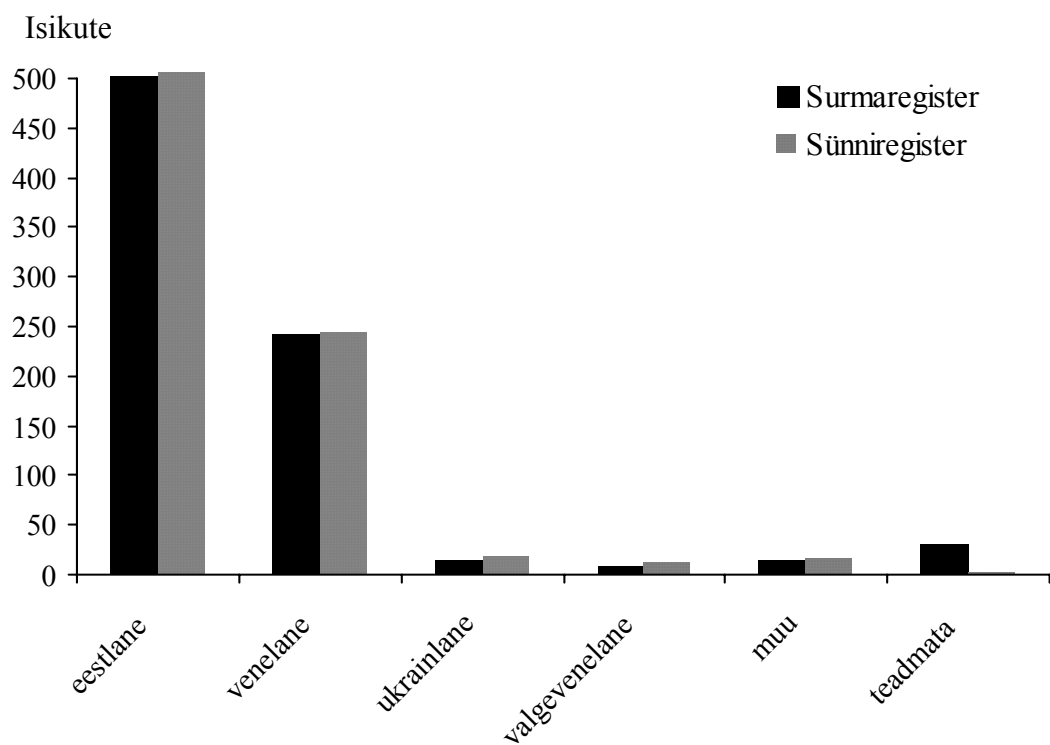


**Joonis 4.10.** Ema haridustase meditsiinilises sünniregistris ja surmaregistris 1992–2002.



**Joonis 4.11.** Ema tavategevusala meditsiinilises sünniregistris ja surmaregistris 1992–2002.

Veidi vähem on erinevalt registreeritud ema rahvus (joonis 4.12) ja elukoht valla tasandil. Ka nende kahe tunnuse puhul tasanduvad kategooriate vahelised erinevused koondandmetes.



**Joonis 4.12.** Ema rahvus meditsiinilises sünniregistris ja surmaregistris 1992–2002.

## 5. Arutelu ja ettepanekud

Eesti surmaregistri vaevaline areng ligi 15 aasta jooksul (1980. aastate lõpust 2005. aasta lõpuni), sagedased ja kohati süsteemid muutused registri andmekoosseisus, registri tähtsuse alahindamine riigi poolt koos sellest tuleneva juriidilise staatuse heitlikkusega viimastel aastatel ja hirm registri muutmiseks isikustamata andmekoguks – kõik see on reaalsus ehk, moodsamas kõnepruugis, „tõsine väljakutse“ neile, keda huvitab registri käekäik ning registrist ammutatav kasu tervisepoliitikale ja epidemioloogiale, s.t kokkuvõttes *igale* Eesti inimesele.

Aegade vältel asetleidnud muutustest registri andmekoosseisus (tabel 5.1) on häirivaim nime puudumine (1986–1988), surmapõhjuse määramise aluse puudumine (1994–2001) ja surma algpõhjuse 4. numbri puudumine sealt, kus see peaks RHK järgi asuma (1994–2000). Lisaks, käsitletava kahe kümnendi jooksul on toimunud mitmeid kõikumisi tunnuste kategooriate kirjendamisel/kodeerimisel. Nii on olnud kasutusel (k.a tunnuse puudumine üleüldse) neli tavategevusalade ning kolm haridusastmete, surmapõhjuse määramise aluste ja surma tinginud asjaolude loetelu. Mittekontrollitavate muutuste hulka kuulub RHK NSVLi ja rahvusvaheliste versioonide käibelevõtt.

**Tabel 5.1.** Puuduvate väärtuste suhteline sagedus\* valiktunnuseti Eesti surmaregistris 1983–2002

Tunnus	Aasta																				
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Isikukood	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nimi																					
Sünnikuupäev																					
Kodakondsus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rahvus																					
Tavategevusala																					
Sünnikoht																					
Surmakuupäev																					
Surma algpõhjuse 4. nr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Surmapõhjuse määraja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Surmapõhjuse määramise alus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Surmakoht	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Surmaakti nr																					
Surmatõendi nr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\* Puuduv väärtus (%): 0–4 5–20 21–70 71–90 ≥91

– tunnust ei registreeritud

Surmaregistri – ühtse andmebaasi – loomisel iga-aastaste surmafailide alusel ilmnesid neis mitmed vead, mis osutasid ebapiisavale vigade testimisele ESAs. Registri loomine tähendas ühtlasi uue käsitusviisi võidulepääsu Eestis: surmajuhtude registreerimine ei tähenda üksnes piirdumist aastaaruannete tegemisega, vaid tervisepoliitika „toitmiseks“ hädavajalike epidemioloogiliste uuringute alusandmestiku rajamist. Vaid selline andmestik tagab, et nii epidemioloogilistes uuringutes kui ka rahvatervishoiuprogrammides, näiteks skriiningu korral, saab jälgida iga inimese terviseseisundi muutumist ning välja arvutada ekspositsiooni või sekumise efekti näitajad (suhteline risk ja/või standarditud suremusmäär).

Käesoleva uuringu eesmärgi – surmaregistri andmekvaliteedi analüüsi täitmisel piirdusime plaanipäraselt ja teadaolevatel põhjustel suhteliselt lihtsama meetodikaga. Uuringu tulemusena on nüüd olemas kokkuvõtlik ülevaade Eesti surmaregistri olemusest, andmekoosseisust ja lünkadest andmetes. Tegemist on üsnagi ainulaadse kirjeldusega, mis osutub kasutoovaks käsiraamatukeseks neile, kes surmaandmestiku arendamisega tegelema hakkavad, sealhulgas esmajoones Vabariigi Valitsuse „surma põhjuste riikliku registri“ asutajad [Surma põhjuste... 2005, pt 7, § 32], ja kes registreeringuid teha kavatsevad.

Autorite pikka aega kestnud töö surmaregistri loomisel ning selle ja teiste registrite kasutamisel epidemioloogilistes uuringutes võimaldab teha mitmeid **ettepanekuid** üldeesmärgil tagada tänapäevase surmaregistri olemasolu Eestis. Eri tasanditesse kuuluvad ettepanekud on rühmitatud temaatiliselt. Iga ettepaneku juures on toodud vastav kategoorilisuse aste – (A) *peab*, (B) *tuleks* või (C) *võiks*, seejärel ettepaneku põhjendus ning ohud või asjaolud, mis ettepaneku elluviimist takistavad. Peatunud ei ole andmeturbega seonduval, sest see on registri tegevuse loomulik koostisosa, mille käsitlemine ei kuulu käesolevasse töösse.

## I. Rahva teavitamine

1. Luua registri **veebisait**, mis: üksikasjalikult kirjeldab registri kõiki eesmärke ja andmekoosseisu (k.a põhjendus isikut tuvastavate tunnuste olemasolu kohta); sisaldab Eesti rahvastiku suremuse koondandmeid (lihtsad üldistavad tabelid ja arvjoonised); esitab üldaru-saadavalt ja lühidalt mitmete registri andmetel tehtud uuringute tulemusi; toob ära registri-andmete taotlemise protseduurireeglid (A). – Maksumaksja saab teada, milleks tema raha kulutatakse; Eesti inimeste registriteadvus suureneb; võimaldab uutel ametnikel ennast hõlpsasti kurssi viia registri tegevusega. – Veebisaiti on kerge luua, kuid aja möödudes, eriti ilma järelevalve utsitava sõnata, ind rauged ja teavet ei uuendata.

## II. Andmestik

1. Sisestada registrisse uuesti aastate **1986–1988 surmaandmed**, sest neist puuduvad praegu isikut tuvastavad tunnused (A). – Nii tagatakse registri andmekoosseisu minimaalne ühtsus alates 1983. aastast, registri terviklus ja käideldavus (epidemioloogilised uuringud) suureneb. – Seda ei peeta tähtsaks, vajalikku raha (umbes 225 000 kr) ei eraldata; uuringutes tehakse nende aastate surmadega linkimine käsitsi (s.o originaalsurmatunnistuste lappamisega arhiivis), mistõttu vigade arv on suurem kui elektroonilise linkimise korral.

2. Digitaliseerida **varasemate aastate** (enne aastat 1983) **surmatunnistuste andmed** (B). – Eesti Vabariigi inforessurs, mis leiaks kasutamist peaaegselt rahvastiku tervise-seisundit hindavates tagasivaatavates kohortuuringutes. – Otsustajate madala registriteadvuse ja kohese väljundi puudumisel ei peeta taolise inforessursi olemasolu Eesti Vabariigis vajalikuks ei lähi- ega kaugtulevikus; otsustajaid ei veena digitaalne surmaregister Taanis (alates 1943) ega Soomes (alates 1971); uuringutes tehakse linkimine käsitsi.

3. **Säilitada** kõik ESA **arhiivis** olevad **originaalsurmatunnistused** (A). – Eesti Vabariigi inforessurs; soodsate asjaolude korral võimalik andmete digitaliseerimine ja/või surmatunnistuste arhiivimine (nt diamikrokaardile). – Ruumipuuduse ettekäändel, hoolimatuse tagajärjel või eraelu puutumatus kaitse põhjendusel need surmatunnistused hävitatakse.

### III. Kvaliteedikontroll

1. Sisse seada surmaregistri andmehõivet, alusdokumente, andmekoosseisu, klassifikaatoreid, definitsioone, tööprotseduure jms (kõik koos muutuste põhjenduse ja kuupäeva näitamisega) üksikasjalikult kajastav **dokumentatsioon** ja tagada selle ajakohastamine (A). – Kvaliteedi juhtimise ülioluline vahend; hõlbustab uute töötajate väljaõpet, tagab registri töötajate vahetumisel teadmiste järjepidevuse, annab koostööpartneritele ja auditeerijatele olulise teabe registri kohta. – Ei peeta vajalikuks seda (paberkujul) omada, sest kõik olevat arvutis niigi näha.

2. Tagada surmatõendi andmete, esmajoones **surmapõhjuste valiidsuse hindamine** (A). – Olulise tähtsusega kogu registri tegevuse seisukohalt; võimaldab otsustada suremusnäitajate õigsuse/hajuvuse üle, oluline ka rahvusvaheliste võrdluste seisukohalt. – Registri rahastajad ei hooma valiidsuse hindamise vajalikkust, sest nii tüli vähem ning ilma hindamata näib register niigi korralikult töötavat. Et taolisesse hindamisse peavad olema kaasatud eri meditsiiniharude spetsialistid, siis viimaste vähese huvi ja/või rahastamise puudumise korral valiidsust ei hinnatagi.

Märkus. Algatus surmapõhjuste valiidsuse hindamiseks tuleb tavaliselt mingi meditsiinieriala spetsialistide, mitte surmaregistri töötajate poolt. Seetõttu on oluline sellist algatust mitte takistada hindamiseks vajalike isikustatud registriandmete väljastamise keeluga.

### IV. Infotehnoloogia

1. Luua registri veebisaidil **otsimootor**, mis võimaldab Interneti kaudu igaühel saada tasuta teavet **avalike registriandmete kohta**, milleks on isiku ees- ja perekonnanimi, sugu, sünnikuupäev, surmafakt ja surmakuupäev (B). – Tihti vajaminevate andmete leidmine reaajas; näitab rahvale veenvalt registri kasulikkust. – Kui samasugust tasuta teenust kavandab rahvastikuregister, siis las teeb seda tema.

2. Koostada registri andmekoosseisu, suremusnäitajate arvutamismetoodikat ja väljundeid tutvustav **õppeotstarbeline arvutiprogramm**, mis kasutab fiktiivse andmestikuga, kuid kõiki registri tunnuseid sisaldavat faili (C). – Sellist faili vajatakse registri töö selgitamisel huvilistest kursustele, õppuritele ja külalistele. – Ei peeta vajalikuks tutvustada registrit sellisel moel, tutvustamisel piirdatakse sõnalise selgitusega.

### V. Linkimine

1. Tagada surmaregistri tegevust reguleerivate õigusaktidega, et register *peab* oma andmeid **linkima** ka **meditsiinilise sünniregistri, vähiregistri ja tuberkuloosiregistriga** (A). – Vajalik kõigi nimetatud registrite andmete kvaliteedi parandamiseks. – Lisatöö õigusaktide tegijatele/parandajatele ja registritele, seetõttu jäetakse kahe silma vahele.

### VI. Registrite standardid

1. Välja töötada kõigi **terviseregistrite** (meditsiiniregistrite), sh surmaregistri **standardid** Eestis (A). – Standardid on registri protseduuride ja andmestiku kvaliteedi hindamise alus. – Otsustajad ja registripidajad ei pea seda vajalikuks, sest siiani on standarditeta hakkama saanud.

### VII. Koolitus

1. Kindlustada surmaregistri **töötajate** erialane **väljaõpe ja täiendõpe** (A). – Sellela pole võimalik tulemuslik igapäevatöö registris ega täisväärtuslik suhtlus samasuguste registrite personaliga teistes riikides. – Otsustajad ja rahastajad ei mõista, et registri töötajad peavad spetsialiseeruma antud valdkonnas ja olema valdkonna parimad tundjad Eestis.

2. Kindlustada **surmatõendi täitjate väljaõpe ja täiendõpe (A)**. – Selleta pole võimalik surmatõendi õige täitmine. – Otsustajad ja rahastajad ei mõista, et surmatõendi õigest täitmisest sõltub registriandmete kvaliteet, arvatud suremusnäitajate õigsus ja võrreldavus.

## VIII. Teadustöö

1. Luua püsiv **õiguslik alus** ja ametnikkonna hetkesuhtumisest mittesõltuv õhkkond registriandmete, sh isikustatud andmete kasutamiseks teadusuuringutes, samuti töötada välja ja avalikustada kõik andmete **taotlemise protseduurireeglid (A)**. – Surmaregistrit ei vajata üksnes riikliku suremusstatistika tegemiseks, register on riigi tervisepoliitika väljatöötamise ja tõhususe hindamise üks tugisambaid; epidemioloogilistes registeruuringutes on surmaregistri tähtsus hindamatu. – Surmaregistri ametkondliku kuuluvuse muutmisel ei looda praegu kehtivale Vabariigi Valitsuse määrusele („Andmesubjekti nõusolekuta tema identifitseerimist võimaldavate andmete teadusuuringuteks edastamise kord“) [Andmesubjekti... 2004] samaväärset õigusakti; selle puudumisel ei saa isikustatud surmaandmeid teadustöös kasutada.

Märkus. Protseuurireeglite üksühene mõistmine, läbipaistvus ja lihtsus soodustavad registriandmete laiemat kasutamist ja toimivad seeläbi registri kvaliteedi tõstmise üldtuntud hoovana.

## IX. Surmatõend ja andmekoosseis

1. **Teha** praegu surmatõendile kantud tunnustes üksnes **väikesed muudatused (A)**. – Üldiselt on tunnused optimaalsed rahuldamiseks riikliku surmastatistika, teadusuuringute ja tervisepoliitika nõudeid; registri administratiivse alluvuse muutmine ei pea ilmingimata tooma kaasa tunnuste arvu muutmist (s.o sagedamini harrastatavat arvu suurendamist). – Tunnuste arvu suurendamine tõstab registri tähtsust näilikult, koormab andmekoosseisu vähest kasutamist leidvate (tihti mittevaliidsete) tunnustega ja hajutab tähelepanu registri põhitunnuste (isikut tuvastavad andmed, surmakuupäev, surmapõhjused, surmapõhjuse määramise alus) valiidsuse tagamiselt.

Märkused. Võimalikud muudatused näeksid välja sellised:

a) Surmatõendi tunnus 6 „sünnimass (kuni ühe kuu vanuses surnud)“. Surmatõendi täitmisjuhendis [Juhend... 1997, lk 5] on sõnastatud, et „võimaluse korral täidetakse kõigi kuni ühe aasta vanuses surnud laste kohta“. Õigem on võtta sünnimassi väärtus linkimisega meditsiinilisest sünniregistrist. 1992–2002 oli kahes registris sünnimass erinev järgmiselt: hilised neonataalsed surmad (vanus 7–27 päeva) 27%, postneonataalsed surmad (vanus 28 päeva – 1 aasta) 41%.

b) Surmatõendi tunnused 9–11, mis iseloomustavad vägivaldseid surmasid. Spetsialistidel tuleks üle vaadata praegune tunnuste kategooriate otstarbekus ja arv.

c) Surmatõendi tunnused 15, 17–19, mis iseloomustavad vastavalt kuni 16-aastastel lastel ema rahvust ning kuni 6-aasta vanustel lastel ema haridust, tavategevusala/ametit ja perekonnaseisu. Kaaluda, kas ei oleks selgem, kui lapse ja ema andmed oleksid eraldi blokkidena.

d) Surmatõendil puudub otseselt tunnus, mis iseloomustab alkoholi või narkootikumi tarvitamist, surmaregistris on see tunnus olemas. On selgusetu, mis teabe (dokumentide) alusel selline tunnus tekib. Viimast tuleb juhendis üksikasjalikult selgitada ja tunnus surmatõendile kanda. Nii on surmatõendi/registri andmekoosseis läbinähtavam ja suureneb tõenäosus, et andmeid kogutakse paremini. Kui aga on selge, et tunnuse valiidsus on väike, ei maksaks selle kohta andmeid kogudagi.

2. Anda surmatõendile kujunduslikult **välimus**, millele peab vastama **riiklikult tähtis dokument (B)**. – Surmatõendi olulisuse rõhutamine ka sel moel aitab kaasa surmaregistri maine tõusule. – Kui Eesti Vabariigis puuduvad standardid tähtsate dokumentide välimuse kohta, ei hakka keegi surmatõendit eraldi disainima.

Olgu lisatud, et surmaregistris – nagu mitmel pool mujalgi – kehtib minimaalsprintsiiip, mille järgi tuleb surmajuhtu kirjeldada vähima vajaliku tunnuste arvuga. Kui vaadata riikide arstlikel surmatõenditel olevaid tunnuseid (lisad 6 ja 7), siis on näha, et tugeva riigikeskse



statistikainstitutsiooni ja registrite linkimise süsteemi olemasolul (Soome, Taani, Norra) ei kogu surmaregister demograafilisi tunnuseid – neid saab vajadusel hõlpsasti teistest registritest, s.t süsteemist endast; kui surmaregister tegutseb omaette, isoleerituna muudest registritest, on tal kalduvus koguda rohkem tunnuseid. Seega registri andmekooseis sõltub otseselt riigi statistikasüsteemi iseloomust ja ametkondade-vahelisest koostööst.

Teinekord tekib ahvatlus koguda haigusregistris hulgaliselt andmeid haiguse riskitegurite kohta, kuid see tähendab seda liiki registri andmekooseisu tarbetut ülekoormamist. Nii nagu haiguste ennetamisel eristatakse esmast, teisest ja kolmandast ennetust, nii ka iga ennetustasandi juurde kuulub temale ainuvajaliku teabe kogumine. Esmase ennetus tugineb teadmistele haiguste riskitegurite kohta, seetõttu riskitegurite ja haiguste vaheliste seose uurimisel vajatakse eraldi andmebaase, mis kummagi „osaleva poole“ kohta andmeid omavad. Nii nagu haigusregister mõõdab rahvastiku haigestumust ja surmaregister suremust, nii mõõdavad riskitegurite esinemist rahvastikus riskitegurite andmebaasid. Viimaste sihikindel rajamine süsteemsete tervise- ja tervisekäitumisuuringute andmete kogumise tulemusena on viinud riskitegurite infosüsteemide olemasolule [O’Carroll *et al* 2002]. Samamoodi, vajadus koguda ja analüüsida andmeid ravi kvaliteedi kohta viis mitte haigusregistrite andmekooseisu laiendamisele üksikasjalike raviandmete näol, vaid tekitas hoopis uut liiki registrid [National health... 2000; Bakler *et al* 2002].

## **Tänuavaldus**

Täname järgmisi isikuid, kes aitasid kaasa selle töö valmimisele: Lotti Barlow ja Charlotte Björkenstam (Rootsi Epidemioloogiakeskus); Gleb Denissov, Anne Herm ja Olga Küpersep (Eesti Statistikaamet); Monica Hackl (Austria Vähiregister); Ingvar Johannesson (Rootsi Statistikaamet); Lars Age Johansson (Rootsi Statistikaamet); Paulus de Jong (Erasmuse Meditsiinikeskus); Juozas Kurtinaitis (Leedu Vähiregister); Elinborg Olafsdottir (Islandi Vähiregister); Ivan Plesko (Slovakkia Vähiregister); Eero Pukkala (Soome Vähiregister); Johan H Seland (Bergeni Ülikool); Aivars Stengrevics (Läti Vähiregister).

## Kasutatud kirjandus

1. Aareleid T, Brenner H. Trends in cancer patient survival in Estonia before and after the transition from a Soviet republic to an open-market economy. *Int J Cancer* 2002;102:45–50.
2. Aareleid T, Leinsalu M, Rahu M, Baburin A. Lung cancer in Estonia in 1968–87: time trends and public health implications. *Eur J Cancer Prev* 1994;3:419–425.
3. Aareleid T, Leinsalu M, Rahu M, Baburin A. Kopsuvähk Eestis 1968–1987: mida teha? *Eesti Arst* 1995;38:5–11.
4. A finger on the pulse: monitoring public health and social conditions in Sweden 1992–2002. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
5. Ahlbom A, Norell S. Sissejuhatus moodsasse epidemioloogiasse. Tallinn: Huma; 1993.
6. Andersen O. Access to micro data from Statistics Denmark. Denmark: Statistics Denmark; 2002. <http://www.dst.dk/HomeUK/Guide/Research/acces.aspx>
7. Anderson BA, Silver BD. Trends in mortality of the Soviet population. *Soviet Econ* 1990;6:191–251.
8. Andmesubjekti nõusolekuta tema identifitseerimist võimaldavate andmete teadusuuringuteks edastamise korra kinnitamine. Vastu võetud Vabariigi Valitsuse 23. detsembri 1997. a määrusega nr. 253 (RT I 1998, 1, 1), jõustunud 9.01.1998. Muudetud Vabariigi Valitsuse 5.07.2004 määrusega nr. 236, jõustunud 12.07.2004. Vt ka <http://www.stat.ee/index.aw/section=375>.
9. ATSIIC. Outcome data measurement: unfinished business. Evaluation of data for outcome measurement for selected Indigenous service delivery programs. Canberra: ATSIIC; 2002.
10. Australian National Death Index. Australia: Australian Institute of health and Welfare; 2004. <http://www.aihw.gov.au/cancer/ndi>
11. Auvinen A, Rahu M, Veidebaum T, Tekkel M, Hakulinen T, Salomaa S, Boice JD, Jr, Eds. Cancer Incidence and Thyroid Disease among Estonian Chernobyl Clean-up Workers. Publication No. STUK-A158. Helsinki: STUK - Radiation and Nuclear Safety Authority; 1998.
12. Baburin A, Gornoi K, Leinsalu M, Rahu M. Eesti suremusatlas - Atlas of mortality in Estonia. EKMI - Institute of Experimental and Clinical Medicine: Tallinn; 1997.
13. Bakler T, Rahu M, Teesalu M. Kvaliteetsete kliiniliste andmebaaside pealetung. *Eesti Arst* 2002; 80:586–590.
14. Barlow L, Johansson LA. Socialstyrelsen. Personal communication, 2004.
15. Buchanich JM, Dolan DG, Marsh GM, Madrigano J. Underascertainment of deaths using social security records: a recommended solution to a little-known problem. *Am J Epidemiol* 2005;162: 193–194.
16. Cancer incidence in Finland 2000 and 2001. Helsinki: Finnish Cancer Registry; 2003.
17. Cancer in Norway 2001. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2004.
18. Claussen B, Davey Smith G, Thelle D. Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *J Epidemiol Comm Health* 2003;57:40–45.
19. EV standard. Isikukood. Struktuur. EV ST 585-90; 1990.
20. Gissler M, Haukka J. Soome tervise- ja sotsiaalregistrid ning epidemioloogilised uuringud. *Eesti Arst* 2004;83:543–551.
21. Gissler M, Järvelin MR, Louhiala P, Rahkonen O, Hemminki E. Can children's health be predicted by perinatal health? *Int J Epidemiol* 1999;28:276–280.
22. Gladwin J, Clarce A. Information management strategies and death certification in the UK. *Health Informatics J* 2003;9:283–300.
23. Gjertsen F. Tødsårsaksregisteret – en viktig datakilde for medisinsk forskning. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122:2551–2554.
24. Innos K, Rahu M. Epidemiological data sources in Estonia: a survey of registries and databases. *J Epidemiol Biostat* 2000;5:293–302.
25. Innos K, Rahu K, Baburin A, Rahu M. Cancer incidence and cause-specific mortality in male and female physicians: a cohort study in Estonia. *Scand J Public Health* 2002;30:133–140.
26. Innos K, Rahu K, Rahu M, Baburin A. Suicides among cancer patients in Estonia: a population-based study. *Eur J Cancer* 2003;39:2223–2228.

27. Innos K, Rahu M, Rahu K, Lang I, Leon DA. Wood dust exposure and cancer incidence: A retrospective cohort study of furniture workers in Estonia. *Am J Ind Med* 2000;37:501–511
28. Jensen OC. Mortality in Danish fishermen. *Bull Inst Marit Trop Med Gdynia* 1996;47:5–10.
29. Johansson LA, Westerling R. Comparing Swedish hospital discharge records with death certificates: implications for mortality statistics. *Int J Epidemiol* 2000;29:495–502.
30. Juel K, Helweg-Larsen K. The Danish registers of causes of death. *Danish Med Bull* 1999;46:354–357.
31. Juhend arstliku surmatõendi täitmiseks ja väljastamiseks. Tallinn: Statistikaamet; 1997.
32. Kajantie E, Osmond C, Barker DJP, Forsén T, Phillips DIW, Eriksson JG. Size at birth as a predictor of mortality in adulthood: a follow-up of 350 000 person-years. *Int J Epidemiol* 2005;34:655–663.
33. Karu L. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi (minister L. Karu) kiri Eesti NSV Riikliku Statistikaameti peadirektor G. Reitsnikule 16.03.1990.
34. Kelman C. The Australian National Death Index: an assessment of accuracy. *Aust N Z J Public Health* 2000;24:201–203.
35. Kubal JD, Webber S, Cowper DC, Waight S, Hynes DM. A primer on major U.S. mortality databases used in health services research. *VIREC Insights* 2000;(5):1–4. Hines: VA Information Center; 2000.
36. Kunst A, Leinsalu M, Kasmel A, Habicht J. Social inequalities in health in Estonia. Main report. (Tallinn): The World Bank – Ministry of Social Affairs of Estonia; 2002.
37. Lang K. Death certification, coding and registration in Estonia. Tartu-London: University of Tartu – LSHTM; 2000. 45 pp. Available: <http://www.lshtm.ac.uk/ecohost/reg-estonia.pdf>
38. Lang K, Mägi M, Aareleid T. Study of completeness of registration at the Estonian Cancer Registry. *Eur J Cancer Prev* 2003;12:153–156.
39. Leinsalu M. Surma põhjused Eestis aastail 1965–1990. *Eesti Arst* 1993;36:18–31.
40. Leinsalu M. Time trends in cause-specific mortality in Estonia from 1965 to 1989. *Int J Epidemiol* 1995;24:106–113.
41. Leinsalu M, Rahu M. Time trends in cancer mortality in Estonia, 1965–1989. *Int J Cancer* 1993;53:914–918.
42. Leinsalu M, Vägerö D, Kunst AE. Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *Int J Epidemiol* 2003;32:1081–1087.
43. Mackenbach JP. Health inequalities: Europe in profile. Expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU. October 2005.
44. Mackenbach JP, Kunst AE, Groenhouf F, Borgan JK, Costa G, Faggiano F, Jozan P, Leinsalu M, Martikainen P, Rychtarikova J, Valkonen T. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *Am J Public Health* 1999;89:1800–1806.
45. Magnani C, Aareleid T, Viscomi S, Pastore G, Berrino F. Variation in survival of children with central nervous system (CNS) malignancies diagnosed in Europe between 1978 and 1992. The EURO CARE study. *Eur J Cancer* 2001;37:711–721.
46. Modin B. Birth order and mortality: a life-long follow-up of 14,200 boys and girls born in early 20th century Sweden. *Soc Sc Med* 2002;54:1051–1064.
47. Moysich KB, Menezes RJ, Michalek AM. Chernobyl-related ionising radiation exposure and cancer risk: an epidemiological review. *Lancet Oncol* 2002;3:269–279.
48. Möller T, Anderson H, Aareleid T, Hakulinen T, Storm H, Tryggvadottir L, Corazziari I, Mugno E. Cancer prevalence in Northern Europe: the EUROP REVAL study. *Ann Oncol* 2003;14:946–957.
49. Naess O, Claussen B, Thelle DS, Davey Smith G. Cumulative deprivation and cause specific mortality. A census based study of life course influences over three decades. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:599–603.
50. National Death Index. USA: National Center for Health Statistics; 2004. <http://www.cdc.gov/nchs/r&d/ndi/ndi.htm>
51. National health care quality registries in Sweden 1999. Stockholm: Federation of Swedish County Councils, National Board of Health and Welfare; 2000.

52. Nilsson B, Gustavson-Kadaka E, Hakulinen T, Aareleid T, Rahu M, Dyba T, Rotstein S. Cancer survival in Estonian migrants to Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:418–423.
53. Occupational Mortality Database. Denmark: Statistics Denmark; 2004. <http://www.dst.dk/HomeUK/Guide/Varedeklarationer/emnegruppe/emne.aspx?sysrid=1015&timespath=19%7C>
54. O'Carroll PW, Powell-Griner E, Holtzman D, Williamson GD. Risk factor information systems. In: O'Carroll PW, Yasnoff WA, Ward ME, Ripp LH, Martin EL, eds. Public health informatics and information systems. New York: Springer; 2002. p. 316–334.
55. Paulozzi LJ, Mercy J, Frazier L Jr, Annet JL, Centers for Disease Control and Prevention. CDC's National Violent Death Reporting System: background and methodology. *Inj Prev* 2004;10:47–52.
56. Petersen JK. The Danish Demographic Database – longitudinal data for advanced demographic methods. Danish Center for Demographic Research Research Report 15. Copenhagen: Statistics Denmark; 2000. [http://www.dst.dk/upload/demographic\\_guide.pdf](http://www.dst.dk/upload/demographic_guide.pdf)
57. Podar T, Solntsev A, Rahu M, Leinsalu M, Tuomilehto J, LaPorte RE. Mortality of childhood-onset IDDM patients in Estonia. [Letter.] *Diabetologia* 1996;39:1238–1239.
58. Pukkala E. Finnish Cancer Registry. Personal communication, 2004.
59. Rahu K. Dokumentatsioon (80 lk) ja failid surmaandmebaasi 1983–1995 kohta. Üle antud Riigi Statistikaametile 24.11.1998 (Riigi Statistikaameti ja EKMI vaheline koostööleping 16.12.1996). Tallinn: EKMI; 1998.
60. Rahu M. Eesti Vähiregister: mis ja milleks? *Eesti Arst* 1992;71:18–22.
61. Rahu M. Eesti Vähiregister. *Hippokrates* 2001;(25):241–245.
62. Rahu M, McKee M. Effect of Estonian law on prospects for public health research [letter]. *Lancet* 2003;362:2122.
63. Rahu M, Rahu K, Baburin A, Leon D. Alkoholisoõltuva suremuse hariduserinevused Eestis – kas meil on vaja seda teada? *Eesti Arst* 2003;82:85–92.
64. Rahu M, Storm H. Teadustöö, registrid, inimesed ja andmekaitse. *Hippokrates* 2004;6:188–191.
65. Rahu M, Tekkel M, Veidebaum T (uurimisrühma nimel). Tšernobõli veteranide Eesti kohort-uuring. V. Vähihaigestumus ja suremus. *Eesti Arst* 1999;42:506–510.
66. Rahu M, Tekkel M, Veidebaum T, Pukkala E, Hakulinen T, Auvinen A, Rytömaa T, Inskip PD, Boice JD, Jr. The Estonian Study of Chernobyl Cleanup Workers: II. Incidence of cancer and mortality. *Radiation Research* 1997;147: 653–657.
67. Registries and health statistics. (The causes of death registry.) Denmark: National Board of Health; 2004. [http://www.sst.dk/Informatik\\_og\\_sundhedsdata/Registre\\_og\\_sundhedsstatistik.aspx?lang=en](http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Registre_og_sundhedsstatistik.aspx?lang=en)
68. RHK-10. Rahvusvaheline haiguste ja terviseiga seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon, 10. väljaanne. 2. köide. Instruktsioonide käsiraamat. Tallinn: Eesti Sotsiaalministeerium; 1996.
69. Rosén M. National health data registers: a Nordic heritage to public health. *Scand J Public Health* 2002;30:81–85.
70. Sant M, Aareleid T, Berrino F, Bielska Lasota M, Carli PM, Faivre J, Grosclaude P, Hédelin G, Matsuda T, Möller H, Möller T, Verdecchia A, Capocaccia R, Gatta G, Micheli A, Santaquilani M, Roazzi P, Lisi D, the EURO CARE Working Group. EURO CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990–94 – results and commentary. *Ann Oncol* 2003;14:v61–v118.
71. Sesso HD, Paffenbarger RS, Lee IM. Comparison of National Death Index and World Wide Web death searches. *Am J Epidemiol* 2000;152:107–111.
72. Social Security Death Index; 2005. [http://familytreemaker.genealogy.com/fto-\\_ssdisearch.html](http://familytreemaker.genealogy.com/fto-_ssdisearch.html)
73. Social welfare and health care. Data and information reform 2005 – Working group report, English summary. Ministry of Social Affairs and Health Working-Group Memorandums 12. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2004.
74. Surma põhjuste tuvastamise seadus. Vastu võetud 13. aprillil 2005. a. Riigi Teataja 2005 I;24: 179.
75. Tee T. Eesti NSV Riikliku Statistikaameti Paarvutuskeskuse direktori T. Tee kiri Eesti NSV Tervishoiuministeeriumile (minister L. Karule) 06.04.1990 nr. 76-101.

76. Tilastokeskus, 2004.  
[http://www.tilastokeskus.fi/meta/rekisteriselosteet/rekisteriseloste\\_kuolemansyytilasto.html](http://www.tilastokeskus.fi/meta/rekisteriselosteet/rekisteriseloste_kuolemansyytilasto.html)
77. United Nations. The United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR) 2000 Report. New York: United Nations; 2000.
78. Valkonen T, Martelin T. Social inequality in the face of death – linked registers in mortality research. In: Alho J, ed. Statistics, registries, and science – experiences from Finland. Helsinki: Statistics Finland; 1999. p. 210–224.
79. Westerling R, Rosén M. "Avoidable" mortality among immigrants in Sweden. *Eur J Public Health* 2002;12:279–286.

**LISAD**

## Lisa 1. Surmaregistri struktuur

### Isikuandmete fail – ISIK.dbf

Nimi	Sisu	Tüüp	Pikkus
<b>id</b>	Identifikaator	Char	7
<b>kood</b>	Isikukood <b>tühi</b> – teadmata puudub <b>1983–1991</b>	Char	11
<b>perenimi</b>	Perekonnanimi <b>tühi</b> – teadmata	Char	25
<b>eesnimi</b>	Eesnimi <b>tühi</b> – teadmata	Char	32
<b>elukoht</b>	Elukoht vastavalt abifailile <b>elukoht.dbf</b>	Char	9
<b>aadr</b>	Elukoht – tänav/küla <b>tühi</b> – teadmata puudub <b>1983–1988, 1992–1993</b>	Char	30
<b>maja</b>	Maja number puudub <b>1983–1988, 1992–1993</b>	Char	5
<b>krt</b>	Korteri number puudub <b>1983–1988, 1992–1993</b>	Char	5
			124

Isikuandmeteta isikuid selles failis ei ole (aastad 1986–1988 jäävad tervenisti välja).



**Lisa 1** (järg)

**Surmajuhtude fail – SURM.dbf**

<b>Nimi</b>	<b>Sisu</b>	<b>Tüüp</b>	<b>Pikkus</b>
<b>id</b>	Identifikaator	Char	7
<b>sugu</b>	Sugu <b>1</b> mees <b>2</b> naine	Char	1
<b>syndp</b>	Sünnipäev <b>tühi</b> – teadmata puudub <b>1988</b>	Char	2
<b>syndk</b>	Sünnikuu <b>tühi</b> – teadmata	Char	2
<b>synda</b>	Sünniaasta <b>tühi</b> – teadmata	Char	4
<b>surmp</b>	Surmapäev <b>tühi</b> – teadmata puudub <b>1988</b>	Char	2
<b>surmk</b>	Surmakuu <b>tühi</b> – teadmata	Char	2
<b>surma</b>	Surma-aasta	Char	4
<b>kodak</b>	Kodakondsus vastavalt abifailile <b>kodak.dbf</b> puudub <b>1983–1993</b>	Char	3
<b>rahvus</b>	Rahvus vastavalt abifailile <b>rahvus.dbf</b>	Char	3
<b>pereseis</b>	Perekonnaseis <b>1</b> registreeritud abielus <b>2</b> vabaabielus (puudub <b>1983–1993</b> ) <b>3</b> vallaline <b>4</b> lahutatud <b>5</b> lesk <b>9</b> teadmata	Char	1
<b>haridus</b>	Haridus <b>1</b> algharidus või vähem <b>2</b> põhiharidus <b>3</b> keskharidus <b>4</b> kesk-eriharidus <b>5</b> rakendus-kõrgharidus (puudub <b>1983–1993, 2002</b> ) <b>6</b> ülikooliharidus <b>9</b> teadmata	Char	1
<b>tegevus</b>	Tavategevusala <b>1</b> töötav <b>2</b> töötu (puudub <b>1988</b> ) <b>3</b> ajateenija (puudub <b>1988</b> ) <b>4</b> kinnipeetav (puudub <b>1988</b> ) <b>5</b> (üli)õpilane <b>6</b> pensionär <b>7</b> töövõimetu (puudub <b>1988</b> ) <b>8</b> kodune ( <b>1988</b> lapsed kuni 6 a.) <b>9</b> teadmata puudub <b>1986–1987</b>	Char	1
<b>amet</b>	Amet (täidetakse tegevus= <sup>2</sup> 1' korral) vastavalt abifailile <b>amet.dbf</b> puudub <b>1986–1988</b>	Char	2

**Lisa 1** (järg)

<b>Nimi</b>	<b>Sisu</b>	<b>Tüüp</b>	<b>Pikkus</b>
<b>syndkoht</b>	Sünnikoht vastavalt abifailile <b>syndkoht.dbf</b> puudub <b>1986–1988</b>	Char	5
<b>elukoht</b>	Elukoht vastavalt abifailile <b>elukoht.dbf</b>	Char	9
<b>peamine9</b>	Surma algpõhjus kodeeritud RHK-9 põhjal ümber kodeerimata <b>1997–2002</b> teadmata põhjus 799.9	Char	5
<b>lisa9</b>	Surma lisapõhjus kodeeritud RHK-9 põhjal <b>tühi</b> – puudub ümber kodeerimata <b>1997–2002</b>	Char	4
<b>kaasuv91</b>	Esimene kaasuv surmapõhjus kodeeritud RHK-9 põhjal <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1991</b> ümber kodeerimata <b>1997–2002</b>	Char	5
<b>lisa91</b>	Kaasuva surmapõhjuse lisapõhjus kodeeritud RHK-9 põhjal <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1991</b> ümber kodeerimata <b>1997–2002</b>	Char	4
<b>kaasuv92</b>	Teine kaasuv surmapõhjus kodeeritud RHK-9 põhjal <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1991</b> ümber kodeerimata <b>1997–2002</b>	Char	5
<b>kaasuv93</b>	Kolmas kaasuv surmapõhjus kodeeritud RHK-9 põhjal <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1991</b> ümber kodeerimata <b>1997–2002</b>	Char	5
<b>surmpaik</b>	Surmapaik <b>1</b> raviastutus <b>2</b> kodu <b>3</b> muu <b>9</b> teadmata puudub <b>1983–1987</b>	Char	1
<b>alus</b>	Surmapõhjuse määramise alus <b>1</b> lahang <b>2</b> meditsiinidokumendid <b>3</b> laiba ülevaatus <b>9</b> teadmata puudub <b>1994–2001</b>	Char	1

**Lisa 1** (järg)

<b>Nimi</b>	<b>Sisu</b>	<b>Tüüp</b>	<b>Pikkus</b>
<b>surmliik</b>	Surma tinginud asjaolu <b>1</b> haigus <b>2</b> õnnetusjuhtum <b>3</b> enesetapp <b>4</b> rünne (tapmine) <b>5</b> muu (puudub 1983–1993) <b>9</b> teadmata <b>1986–1988</b> on täidetud surmapõhjuse järgi		
<b>arst</b>	Surmapõhjuse määranud isik <b>1</b> arst <b>2</b> patoloog <b>3</b> kohtuarst <b>9</b> teadmata	Char	1
<b>vanus</b>	Vanus <b>999</b> teadmata	Char	3
<b>tunnus</b>	Vanuse leidmise viis <b>1</b> vanus sisestatud ( <b>1988</b> ei leia seaduspärasust) <b>2</b> vanus arvatatud <b>9</b> vanus teadmata	Char	1
<b>toend</b>	Surmatunnistuse number puudub <b>1983–1988, 1992–1993</b>	Char	5
<b>akt</b>	Surmaakti number puudub <b>1986–1988</b>	Char	5
<b>regp</b>	Registreerimise päev puudub <b>1986–1988</b>	Char	2
<b>regk</b>	Registreerimise kuu puudub <b>1986–1988</b>	Char	2
<b>rega</b>	Registreerimise aasta puudub <b>1986–1988</b>	Char	4
<b>peamine</b>	Surma algpõhjus <b>1983–1987</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–185 <b>1988</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–175 <b>1989–1993</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–175, 196–205 <b>1994–1996</b> RHK-9 (vastündinu sepsis on kodeeritud 771.9) <b>1997–2002</b> RHK-10 (teadmata põhjus R99)	Char	5
<b>lisa</b>	Surma lisapõhjus <b>1983–1993</b> RHK-9 NSVLi versioon 186–195 <b>1994–1996</b> RHK-9 <b>1997–2002</b> RHK-10 <b>tühi</b> – puudub	Char	4
<b>kaasuv1</b>	Esimene kaasuv surmapõhjus <b>1983–1987</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–185 <b>1988</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–175 <b>1989–1993</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–175, 196–205 <b>1994–1996</b> RHK-9 <b>1997–2002</b> RHK-10 <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1991</b>	Char	5

**Lisa 1** (järg)

<b>Nimi</b>	<b>Sisu</b>	<b>Tüüp</b>	<b>Pikkus</b>
<b>lisa1</b>	Kaasuva surmapõhjuse lisapõhjus <b>1983–1993</b> RHK-9 NSVLi versioon 186–195 <b>1994–1996</b> RHK-9 <b>1997–2000</b> RHK-10 <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1991</b>	Char	4
<b>kaasuv2</b>	Teine kaasuv surmapõhjus <b>1983–1987</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–185 <b>1988</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–175 <b>1989–1993</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–175, 196–205 <b>1994–1996</b> RHK-9 <b>1997–2002</b> RHK-10 <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1991</b>	Char	5
<b>kaasuv3</b>	Kolmas kaasuv surmapõhjus <b>1983–1987</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–185 <b>1988</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–175 <b>1989–1993</b> RHK-9 NSVLi versioon 001–175, 196–205 <b>1994–1996</b> RHK-9 <b>1997–2002</b> RHK-10 <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1991</b>	Char	5
			131

Lisa 1 (järg)

Imikute fail – IMIK.dbf

Nimi	Sisu	Tüüp	Pikkus
<b>id</b>	Identifikaator	Char	7
<b>pereseis</b>	Ema perekonnaseis <b>1</b> registreeritud abielus <b>2</b> vabaabielus (puudub <b>1983–1993</b> ) <b>3</b> vallaline <b>4</b> lahutatud <b>5</b> lesk <b>9</b> teadmata	Char	1
<b>haridus</b>	Ema haridus <b>1</b> algharidus või vähem <b>2</b> põhiharidus <b>3</b> keskharidus <b>4</b> kesk-eriharidus <b>5</b> rakendus-kõrgharidus (puudub <b>1983–1993, 2002</b> ) <b>6</b> ülikooliharidus <b>9</b> teadmata	Char	1
<b>tegevus</b>	Ema tavategevusala <b>1</b> töötav <b>2</b> töötütu (puudub <b>1988</b> ) <b>3</b> ajateenija (puudub <b>1988</b> ) <b>4</b> kinnipeetav (puudub <b>1988</b> ) <b>5</b> (üli)õpilane <b>6</b> pensionär <b>7</b> töövõimetu (puudub <b>1988</b> ) <b>8</b> kodune <b>9</b> teadmata puudub <b>1986–1987</b>	Char	1
<b>amet</b>	Ema amet (täidetakse tegevus='1' korral) vastavalt abifailile <b>amet.dbf</b> puudub <b>1986–1988</b>	Char	2
<b>syndaeg</b>	Sünni kellaaeg (ttmm) <b>tühi</b> – teadmata puudub <b>1983–1988; 1994–2002</b>	Char	4
<b>surmaeg</b>	Surma kellaaeg (ttmm) <b>tühi</b> – teadmata puudub <b>1983–1988</b>	Char	4
<b>kaal</b>	Sünnikaal (g) <b>tühi</b> – teadmata puudub <b>1983–1988</b>	Char	4
<b>liik</b>	Sünnituse liik <b>1</b> õigeaegne <b>2</b> enneaegne <b>3</b> üle kantud <b>9</b> teadmata puudub <b>1983–1988</b>	Char	1
<b>seisund</b>	Laps sündis <b>1</b> matsereerunult <b>2</b> asfüksias <b>9</b> teadmata puudub <b>1983–1988, 1992–1993</b>	Char	1

**Lisa 1** (järg)

<b>Nimi</b>	<b>Sisu</b>	<b>Tüüp</b>	<b>Pikkus</b>
<b>aeg</b>	Surma saabumise aeg <b>1</b> enne sünnitamist (sünnitustegevust) <b>2</b> sünnituse ajal <b>3</b> pärast sünnitust <b>9</b> teadmata puudub <b>1983–1988, 1992–1993</b>	Char	1
<b>laps9</b>	Lapsepoolne surmapõhjus kodeeritud RHK-9 põhjal <b>tühi</b> – puudub ümber kodeerimata <b>1997–2002</b>	Char	5
<b>ema9</b>	Emapoolne surmapõhjus kodeeritud RHK-9 põhjal <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1985</b> ümber kodeerimata <b>1997–2002</b>	Char	5
<b>ema91</b>	Emapoolne kaasuv surmapõhjus kodeeritud RHK-9 põhjal <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1991</b> ümber kodeerimata <b>1997–2002</b>	Char	5
<b>ryhm</b>	Lapse vanusryhm <b>1</b> surnultsünd <b>2</b> 0 – 6 päeva, elussünd <b>3</b> 7 – 27 päeva <b>4</b> 28 päeva – 1 aasta (välja arvatud) <b>9</b> teadmata	Char	1
<b>laps</b>	Lapsepoolne surmapõhjus <b>1983–1993</b> vastavalt abifailile <b>laps.dbf</b> <b>1994–1996</b> RHK-9 (vastasündinu sepsis on kodeeritud 771.9) <b>1997–2002</b> RHK-10 <b>tühi</b> – puudub	Char	5
<b>ema</b>	Emapoolne surmapõhjus <b>1986–1993</b> vastavalt abifailile <b>ema.dbf</b> <b>1994–1996</b> RHK-9 <b>1997–2002</b> RHK-10 <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1985</b>	Char	5
<b>ema1</b>	Emapoolne kaasuv surmapõhjus <b>1992–1993</b> vastavalt abifailile <b>ema.dbf</b> <b>1994–1996</b> RHK-9 <b>1997–2002</b> RHK-10 <b>tühi</b> – puudub puudub <b>1983–1991</b>	Char	5
			58

Failis **IMIK.dbf** on ainult imikusurmad (kuni 1 aasta vanused). Surnultsünte ei ole registreeritud. Kirje ka sel juhul, kui kõik väljad on teadmata.  
Väljad **syndaeg, surmaeg, liik, seisund, aeg, laps9, ema9, ema91, laps, ema, ema1** on täidetud ainult perinataalsete surmade korral.

## **Lisa 2. Ameti kodeerimine**

- 01 tippjuht
- 02 kesk- või madalama astme juht
- 03 füüsika-, matemaatika- või tehnikaala spetsialist
- 04 eluteaduse või tervishoiu spetsialist
- 05 õpetusala spetsialist
- 06 muu spetsialist
- 07 füüsika-, matemaatika või tehnikaala abispetsialist
- 08 eluteaduse või tervishoiu abispetsialist
- 09 õpetusala abispetsialist
- 10 muu abispetsialist
- 11 kontoriametnik
- 12 klienditeeninduse ametnik
- 13 isikuteeninduse või kaitse- ja päästeteenistuse töötaja
- 14 modell või müügitöötaja
- 15 põllumajanduse, metsanduse või kalanduse oskustööline
- 16 hankiva tööstuse või ehituse oskustööline
- 17 metalli- või masinaala oskustööline
- 18 täppis-, käsi- või trükitöö oskustööline
- 19 muu oskustööline
- 20 paiksete seadmete operaator
- 21 masinaoperaator või koostaja
- 22 sõiduki või liikurseadme juht
- 23 müügi või teeninduse lihtamet
- 24 põllumajanduse, metsanduse või kalanduse abitööline
- 25 hankiva tööstuse, ehituse või töötleva tööstuse abitööline
- 26 sõjaväelane
- 99 teadmata

**Lisa 3. Surmapõhjuste kodeerimine RHK-9 NSVL-i eri versioonides ja vastavus RHK-9-ga**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1983–1987</b>	<b>1988–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
<b>Nakkus- ja parasiithaigused</b>	<b>001–044</b>	<b>001–044</b>	<b>001–139</b>	<b>001–139</b>
Koolera	001	001	001-	001
Kõhutüüfus	002	002	0020	002.0
Paratüüfus	003	003	0029	002.1–002.3, 002.9
Muud salmonelloosnakkused	004	004	003-	003
Šigelloos	005	005	004-	004
Toidumürgitused (va salmonelloosid)	006	006	005-	005
Sooltenakkused	007	007	006-	006–008
Ägedad sooltenakkused	008	008	009-	009
Hingamiselundite tuberkuloos	009	009	010-	010–012
Ajukelme ja kesknärvisüsteemi tuberkuloos	010	010	013-	013
Soolestiku tuberkuloos	011	011	014-	014
Luude ja liigeste tuberkuloos	012	012	015-	015
Muud tuberkuloosi vormid	013	013	017-	016–018
Katk	014	014	020-	020
Siberi katk	015	015	022-	022
Brutselloos	016	016	023-	023
Leepra	017	017	030-	030
Difteeria	018	018	032-	032
Läkakõha	019	019	033-	033
Streptokokiline angiin	020	020	0340	034.0
Sarlakid	021	021	0341	034.1
Erüsiipel	022	022	035-	035
Meningokokilised nakkused	023	023	036-	036
Teetanus	024	024	037-	037
Septitseemia	025	025	038-	038
Muud bakteriaalsed nakkused	026	026	040-	021, 024–027, 031, 039, 040



**Lisa 3 (järg)**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1983–1987</b>	<b>1988–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
Äge poliomüeliit	027	027	045-	045
Leetrid	028	028	055-	055
Viirusentsefaliit	029	029	064-	062–064, 049.9
Viirushepatiit	030	030	070-	070
Marutaud	031	031	071-	071
Muud viirusnakkused	032	032	078-	046–048, 049.0, 049.1, 049.8, 051–054, 056–061, 065, 066, 072–078
Tähniline tüüfus	033	033	080-	080
Muud riketsioosid	034	034	083-	081–083
Malaaria	035	035	084-	084
Taastuv tüüfus	036	036	087-	087
Süüfilis	037	037	097-	090–097
Muud nakkushaigused	038	038	104-	085, 086, 098-104
Ehhinokokoos	039	039	122-	122
Filariatoos, drakunkuloos	040	040	125-	125
Muud helmintoosid	041	041	128-	120–124, 126–129
Muud parasiithaigused	042	042	136-	110–112, 114–118, 130–136
Tuberkuloosi hilistagajärjed	043	043	137-	137
Muude nakkushaiguste hilistagajärjed	044	044	139-	138, 139
<b>Kasvajad</b>	<b>045–067</b>	<b>045–067</b>	<b>140–239</b>	<b>140–239</b>
Suu- ja neeluvähk	045	045	149-	140–149
Söögitoruvähk	046	046	150-	150
Maovähk	047	047	151-	151
Peensoole- ja 12-sõrmiku-vähk	048	048	152-	152
Jämesoolevähk	049	049	153-	153
Pärasoolevähk	050	050	154-	154
Muud seedeelundite vähk	051	051	159-	155–159

**Lisa 3 (järg)**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1983–1987</b>	<b>1988–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
Kõrivähk	052	052	161-	161
Hingetoru-, bronhi- ja kopsuvähk	053	053	162-	162
Muud hingamiselundite vähk	054	054	165-	160, 163–165
Luuvähk	055	055	170-	170, 171
Nahavähk	056	056	173-	172, 173
Rinnanäärmevähk	057	057	174-*	174, 175
Emakakaelavähk	058	058	180-	180
Muu emakavähk	059	059	179-	179, 181, 182
Muu naissuguelundite vähk	060	060	184-	183, 184
Eesnäärmevähk	061	061	185-	185
Muu meessuguelundite vähk	062	062	187-	186, 187
Kuseelundite vähk	063	063	189-	188, 189
Muu ja täpsustamata lokalisatsiooniga vähk	064	064	195-	190–195, 199
Leukeemia	065	065	208-	204–208
Muu lümfikoe vähk	066	066	202-	200–203
Healoomulised kasvajad	067	067	229-	210–239
<b>Sisesekreetsiooni- ja ainevahetushaigused</b>	<b>068–070</b>	<b>068–070</b>	<b>240–279</b>	<b>240–279</b>
Suhkurtõbi	068	068	250-	250
Muud sisenõristuselundite haigused	069	069	259-	240–246, 251–259
Toitumishäired	070	070	277-	260–279
<b>Vere- ja vereloomeelundite haigused</b>	<b>071–072</b>	<b>071–072</b>	<b>280–289</b>	<b>280–289</b>
Aneemia	071	071	285-	280–285
Muud vere- ja vereloomeelundite haigused	072	072	289-	286–289
<b>Psüühika- ja käitumishäired</b>	<b>073–077</b>	<b>073–077</b>	<b>290–319</b>	<b>290–319</b>
Alkoholne psühhoos	073	073	291-	291
Muud psühhoosid	074	074	298-	290, 292–298
Krooniline alkoholism	075	075	303-	303

\* meeste kood 175-, naiste kood 174-

**Lisa 3 (järg)**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1983–1987</b>	<b>1988–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
Toksikomaania	076	076	304-	304
Vaimne mahajäämus	077	077	319-	317–319
<b>Närvisüsteemi ja tundeelundite haigused</b>	<b>078–083</b>	<b>078–083</b>	<b>320–389</b>	<b>320–389</b>
Meningiit	078	078	322-	320.0–320.3, 320.8, 320.9, 322
Seljaaju hulgiskleroos	079	079	340-	340
Muud kesknärvisüsteemi põletikhaigused	080	080	323-	323.5, 323.8, 323.9, 324–326
Epilepsia	081	081	345-	345
Keskkõrvapõletik, mastoidiit	082	082	382-	381–383
Muud närvisüsteemi ja tundeelundite haigused	083	083	349-	330–337, 341–344, 346–380, 384–389
<b>Vereringeelundite haigused</b>	<b>084–102</b>	<b>084–102</b>	<b>390–459</b>	<b>390–459</b>
		<b>196–205*</b>		
Aktiivne reumatism	084	084	390-	390–392
Kroonilised reumaatilised südamehaigused	085	085	398-	393–398
Südamekahjustusega hüpertooniatõbi	086	086	402-	402
Neerukahjustusega hüpertooniatõbi	087	087	403-	403
Südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbi	088	088	404-	404
Muud hüpertooniatõve vormid	089	089	405-	401, 405
Müokardi infarkt hüpertooniaga	090	090	410-	410
Müokardi infarkt hüpertooniata	091	091	410-	410
Ateroskleroosiline kardioskleroos hüpertooniaga	092	092	4140	414.0
Ateroskleroosiline kardioskleroos hüpertooniata	093	093	4140	414.0
Muu isheemiatõbi hüpertooniaga	094	094	411-	411–413, 414.1–414.9
Muu isheemiatõbi hüpertooniata	095	095	411-	411–413, 414.1–414.9
Täpsustamata perikardi kahjustus	096	096	423-	423.9, 424.0, 424.1, 424.3
Muud südamehaigused	097	097	429-	415–422, 423.0–423.8, 424.2, 424.4–424.9, 425–429
Subarahnoidaalne verevalum hüpertooniaga		196	430-	430–438

\* kodeeritud 1989–1993

**Lisa 3 (järg)**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1983–1987</b>	<b>1988–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
Ajusisesed verevalumid hüpertooniaga		198	431-	430–438
Ajuarterite sulgus hüpertooniaga		200	434-	430–438
Täpsustamata ajuveresoonkonna kahjustus hüpertooniaga		202	432-	430–438
Aju ateroskleroos hüpertooniaga		204	4370	430–438
Ajuveresoonkonna kahjustus hüpertooniaga	098	098	437-	430–438
Subarahnoidaalne verevalum hüpertooniaga		197	430-	430–438
Ajusisesed verevalumid hüpertooniaga		199	431-	430–438
Ajuarterite sulgus hüpertooniaga		201	434-	430–438
Täpsustamata ajuveresoonkonna kahjustus hüpertooniaga		203	432-	430–438
Aju ateroskleroos hüpertooniaga		205	4370	430–438
Ajuveresoonkonna kahjustus hüpertooniaga	099	099	437-	430–438
Arterite ja arterioolide haigused	100	100	447-	440–448
Flebiit, tromboflebiit	101	101	451-	451–453
Muud vereringeelundite haigused	102	102	459-	454–459
<b>Hingamiselundite haigused</b>	<b>103–114</b>	<b>103–114</b>	<b>460–519</b>	<b>460–519</b>
Ägedad respiratoorsed haigused	103	103	465-	460–466
Gripp	104	104	487-	487
Viiruspneumoonia	105	105	480-	480
Pneumokokk-pneumoonia	106	106	481-	481
Muud ägedad pneumooniad	107	107	486-	482, 483, 485, 486
Krooniline bronhiit	108	108	490-	490–492
Bronhiaalastma	109	109	493-	493
Bronhoekstaasiatõbi	110	110	494-	494–496
Pneumokonioosid	111	111	505-	500–508
Kopsuemfüseem, kopsuabstsess	112	112	510-	510, 513

**Lisa 3 (järg)**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1983–1987</b>	<b>1988–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
Hüpostaatilised kopsuhaigused	113	113	514-	514, 515
Muud hingamiselundite haigused	114	114	519-	470–478, 511, 512, 516–519
<b>Seedeelundite haigused</b>	<b>115–127</b>	<b>115–127</b>	<b>520–579</b>	<b>520–579</b>
Maohaavandtõbi	115	115	531-	531
Duodeenumihaavandtõbi	116	116	532-	532, 533
Gastriit ja duodeniit	117	117	535-	535
Apenditsiit	118	118	541-	540–543
Kõhukoopa song	119	119	550-	550–553
Mittenakkuslik enteriit	120	120	558-	555–558
Soolsulgus	121	121	560-	560
Alkohoolne maksatsirroos	122	122	5712	571.0–571.3
Muud maksatsirroosid	123	123	5715	571.5, 571.6
Sapikivitõbi, koletsüstiit	124	124	574-	574, 575.0, 575.1
Muud maksa ja sapiteede haigused	125	125	576-	570, 571.4, 571.8, 571.9, 572, 573, 575.2–575.9, 576
Kõhunäärmehaigused	126	126	577-	577
Muud seedeelundite haigused	127	127	569-	520–530, 534, 536, 537, 562, 564–569, 578, 579
<b>Kuse- ja suguelundite haigused</b>	<b>128–134</b>	<b>128–134</b>	<b>580–629</b>	<b>580–629</b>
Äge nefriit ja glomerulonefriit	128	128	580-	580
Muud nefriidid ja nefroosid	129	129	583-	581–589
Neeruinfektsioon	130	130	590-	590
Kuseteede kivitõbi	131	131	592-	592, 594
Muud kuseteede haigused	132	132	599-	591, 593, 595–599
Eesnäärme hüperplaasia	133	133	600-	600
Muud suguelundite haigused	134	134	608-*	601–608, 610, 611, 614–629

\* meeste kood 608-, naiste kood 629-

**Lisa 3 (järg)**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1983–1987</b>	<b>1988–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
<b>Raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi tüsistused</b>	<b>135–141</b>	<b>135–141</b>	<b>630–676</b>	<b>630–676</b>
Emakaväline rasedus	135	135	633-	633
Tehisabort	136	136	635-	635
Iseeneslik abort	137	137	637-	630–632, 634, 636–639
Sünnituse või rasedusega liituv verejooks	138	138	640-	640, 641.1–641.9, 666
Rasedustoksikoos	139	139	643-	642.2–642.9, 643
Sünnitusega liituv sepsis	140	140	670-	659.3, 670
Muu raseduse ja sünnitusega liituv patoloogia	141	141	674-	641.0, 642.0–642.3, 644–648, 652–659.2, 659.4–659.9, 660–665, 667–669, 671–676
<b>Naha- ja nahaaluskoe haigused</b>	<b>142</b>	<b>142</b>	<b>709-</b>	<b>680–709</b>
<b>Lihaskonna ja sidekoehaigused</b>	<b>143–144</b>	<b>143–144</b>	<b>710–739</b>	<b>710–739</b>
Osteomüeliit, periostiit	143	143	730-	730.0–730.3, 730.9
Muud luu- ja lihassüsteemi haigused	144	144	733-	710, 711.0, 711.9, 712.8, 712.9, 714–729, 731–736, 737.0–737.3, 737.8, 737.9, 738, 739
<b>Kaasasündinud väärarendid</b>	<b>145–150</b>	<b>145–150</b>	<b>740–759</b>	<b>740–759</b>
Spina bifida ja kaasasündinud vesipäisus	145	145	741-	741, 742.3
Muud kesknärvisüsteemi väärarendid	146	146	742-	742.0–742.2, 742.4–742.9
Südame väärarendid	147	147	746-	745, 746
Muud vereringeelundite väärarendid	148	148	747-	747
Seedeelundite väärarendid	149	149	751-	749–751
Muud väärarendid	150	150	759-	743, 744, 748, 752–759
<b>Perinataalperioodi patoloogia</b>	<b>151–157</b>	<b>151–157</b>	<b>764–779</b>	<b>764–779</b>
Sünnitrauma	151	151	767-	767
Emakasisene hüpoksia ja asfüksia	152	152	768-	768
Kaasasündinud ja aspiratsiooni-pneumoonia	153	153	7700	770.0, 770.1
Muud respiratoorsed haigused	154	154	7709	769, 770.2–770.9
Hemolüütiline tõbi	155	155	773-	773, 774

**Lisa 3 (järg)**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1983–1987</b>	<b>1988–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
Sepsis	156	156	7718	771.8
Muu ja teadmata perinataalne patoloogia	157	157	779-	764–766, 771.0–771.7, 772, 775, 776, 777, 778, 779
<b>Klassifitseerimata sümptomid ja ebatäpsed seisundid</b>	<b>158–159</b>	<b>158–159</b>	<b>780–799</b>	<b>780–799</b>
Marasmid	158	158	797-	797
Täpsustamata sümptomid ja seisundid	159	159	796-	780–796, 798, 799.0–799.8
Teadmata	999	999	7999	799.9
<b>Vigastused ja mürgistused</b>	<b>160–185</b>	<b>160–175</b>	<b>E800–E999</b>	<b>E800–E999</b>
Transporditrauma	160	160	E819-	E810–E813, E815–E825
Transporditrauma	162		E819-	E810–E813, E815–E825
Maanteetrauma autoga	161	161	E814-	E814
Muu maanteetrauma	163	162	E848-	E800–E807, E826–E848
Muu maanteetrauma	164		E848-	E800–E807, E826–E848
Alkoholimürgistus	165	163	E860-	E860
Muu mürgistus	166	164	E866-	E861–E869
Muu mürgistus	167		E866-	E861–E869
Ravimimürgistus	168	165	E858-	E850–E858
Kukkumine	169	166	E888-	E880–E888
Kukkumine	170		E888-	E880–E888
Põletus tulega	171	167	E899-	E890–E899
Põletus tulega	172		E899-	E890–E899
Uppumine	173	168	E910-	E910
Uppumine	174		E910-	E910
Mehaaniline lämbumine	175	169	E913-	E911–E915
Õnnetus tulirelvaga	176	170	E922-	E922
Õnnetus tulirelvaga	177		E922-	E922
Õnnetus elektrivooluga	178	171	E925-	E925

**Lisa 3 (järg)**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1983–1987</b>	<b>1988–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
Õnnetus elektrivooluga	179		E925-	E925
Muu trauma	180	172	E928-	E870–E879, E900–E909, E916–E921, E923, E924, E926–E949, E990–E999
Muu trauma	181		E928-	E870–E879, E900–E909, E916–E921, E923, E924, E926–E949, E990–E999
Muu trauma	182		E928-	E870–E879, E900–E909, E916–E921, E923, E924, E926–E949, E990–E999
Enesetapp	183	173	E958-	E950–E959
Tapmine	184	174	E968-	E960–E978
Täpsustamata trauma	185	175	E988-	E980–E989
<b>Traumad</b>	<b>186–195</b>	<b>186–195</b>	<b>800–999</b>	<b>800–999</b>
Koljulumurd	186	186	803-	800–804
Lülisambamurd	187	187	809-	805–809
Jäsememurd	188	188	829-	810–829
Ajutrauma	189	189	854-	850–854
Siseelunditrauma	190	190	869-	860–869
Haav	191	191	879-	870–897
Võõrkeha sattumine organismi	192	192	938-	930–939
Põletus	193	193	949-	940–949
Ebasoodne reaktsioon keemilisele ainele	194	194	989-	960–989
Muu trauma	195	195	959-	830–848, 900–929, 950–959, 990–999



**Lisa 4. Lapsepoolsete perinataalperioodi surmapõhjuste kodeerimine NSVL-i versioonis ja vastavus RHK-9-ga**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1983–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
Sünnitrauma	28	767-	767
Loote antenataalne asfüksia	29	7682	768.0, 768.2
Loote intranataalne asfüksia	30	7684	768.1, 768.3, 768.4
Vastsündinu asfüksia	31	7689	768.5, 768.6, 768.9
Hüoliinembraanide haigus	32	769-	769
Kaasasündinud ja aspiratsiooni-pneumoonia	33	7700	770.0, 770.1
Muud perinataalperioodi respiratoorsed sündroomid	34	7709	770.2–770.9
Vastsündinu baktersepsis	35	7718	771.8
Muud perinataalperioodi nakkushaigused	36	7718	771.0–771.8
Sünnijärgse päritoluga nakkushaigused	37	136-	001–136, 480–487
Loote või vastsündinu verejooks	38	772-	772
Hemolüütiline haigus ja kollatõbi	39	774-	773, 774
Endokriinsed ainevahetushäired suhkruhaigusega	40	7751	775.0, 775.1
Endokriinsed ainevahetushaigused türeotoksikoosiga	41	7753	775.3
Muud endokriinsed ainevahetushäired	42	7759	775.2, 775.4–775.9
Hematoloogilised haigused	43	776-	776
Närvisüsteemi vääraendid	44	742-	740–742
Vereringeelundite vääraendid	45	747-	745–747
Seedeelundite vääraendid	46	751-	749–751
Kuse- ja suguelundite vääraendid	47	752-	752, 753
Muud vääraendid	48	759-	743, 744, 748, 754–759
Enneagsus	51	7651	765.1
Äkksurm	53	7980	798.0
Traumad ja mürgistused	49	E999-	E800–E999
Muu perinataalne patoloogia	50	7798	764–766 (v.a 765.1), 777, 778, 779.0–779.8
Teadmata perinataalne patoloogia	99	7799	779.9

**Lisa 5. Emapoolsete perinataalperioodi surmapõhjuste kodeerimine NSVL-i versioonis ja vastavus RHK-9-ga**

<b>Surmapõhjus</b>	<b>1986–1993</b>	<b>RHK-9</b>	<b>RHK-9 vahemik</b>
Arteriaalne hüpertoonia	01	7600	760.0
Neerude ja kuseteede haigused	02	7601	760.1
Nakkushaigused	03	7602	760.2
Muud hingamis- ja vereringeelundite kroonilised haigused	04	7603	760.3
Muud rasedusega mitteseotud haigused	05	7609	760.4–760.6, 760.8, 760.9
Kahjulikud välismõjud	06	7607	760.7
Toksikoosid raseduse teisel poolel	07	7600	760.0
Enneaegne lootevete minek	08	7611	761.1
Väheveesus	09	7612	761.2
Liigveesus	10	7613	761.3
Mitmiksünd	11	7615	761.5
Muud ja täpsustamata rasedustüsistused	12	7619	761.0, 761.4, 761.6–761.9
Platsenta eesasetsus	13	7620	762.0
Enneaegne platsenta irdumine	14	7621	762.1
Muu ja täpsustamata platsenta patoloogia	15	7622	762.2, 762.3
Nabanööri patoloogia	16	7626	762.4–762.6
Horioamioniit ja muu horioni ja amioni patoloogia	17	7629	762.7–762.9
Sünnitus vaagna otsseisus ja loote ekstraktsioon	18	7630	763.0
Muud loote väärasedid ja disproportsioonid	19	7631	763.1
Sünnitus operatsiooni teel	20	7632	763.2, 763.3
Keisrilõige	21	7634	763.4
Kiire sünnitus	22	7636	763.6
Sünnitegevuse anomaalia	23	7637	763.7
Muud ja täpsustamata sünnituse tüsistused	24	7639	763.5, 763.8, 763.9
Kriminaalne vahelesegamine	25	E9888	E988.8
Välisteguritest tingitud traumad ja mürgistused	26	E988-	E800–E999 (v.a E988.8)
Teadmata	99	7999	799.9

**Lisa 6. Peamiste valiktunnuste jaotus 16 riigi\* arstlikel surmatõenditel**

<b>Tunnus</b>	<b>AUT</b>	<b>CHE</b>	<b>DEU</b>	<b>DNK</b>	<b>ESP</b>	<b>EST</b>	<b>FIN</b>	<b>FRA</b>	<b>GBR</b>	<b>ISL</b>	<b>ITA</b>	<b>LTU</b>	<b>LVA</b>	<b>NOR</b>	<b>SVK</b>	<b>SWE</b>
Isikut tuvastavad tunnused																
Isikukood ja nimi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nimi enne abiellumist (naised)									X							
Elukoht	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Demograafilised tunnused</b>																
Sugu	X	X	X			X		X	X			X	X	X	X	
Sünnikuupäev	X	X	X		X	X		X	X			X	X	X	X	
Kodakondsus	X	X				X										X
Rahvus					X	X										X
Haridus	X					X										
Perekonnaseis	X	X			X	X			X	X				X	X	
Tavategevusala ja amet		X		X	X	X			X	X				X		
Religioosne kuuluvus	X	X														
Sünnikoht						X			X		X					
<b>Surmaga seotud tunnused</b>																
Surmakuupäev	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vanus surmahetkel									X		X					
Surmapõhjused	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Surmapõhjuse määraja / isiku nimi / asutus	X	X		X		X		X		X		X	X	X	X	X
Surmapõhjuse määramise alus	X	X	X	X		X	X	X		X	X		X	X	X	
Kas lahang/uuring muutis surmapõhjust										X						
Vajadus täpsustada surmapõhjust								X								
Kas oodatakse täiendavaid laboritulemusi										X						
Surma tinginud asjaolu	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	
Surmakoht	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

\*Tabelis kajastuvad järgmiste riikide andmed: AUT – Austria, CHE – Šveits, DEU – Saksamaa, DNK – Taani, ESP – Hispaania, EST – Eesti, FIN – Soome, FRA – Prantsusmaa, GBR – Suurbritannia, ISL – Island, ITA – Itaalia, LTU – Leedu, LVA – Läti, NOR – Norra, SVK – Slovakkia, SWE – Rootsi.

**Lisa 6 (järg)**

<b>Tunnus</b>	<b>AUT</b>	<b>CHE</b>	<b>DEU</b>	<b>DNK</b>	<b>ESP</b>	<b>EST</b>	<b>FIN</b>	<b>FRA</b>	<b>GBR</b>	<b>ISL</b>	<b>ITA</b>	<b>LTU</b>	<b>LVA</b>	<b>NOR</b>	<b>SVK</b>	<b>SWE</b>
<b>Muud tunnused</b>																
Ravi viimase 4 nädala jooksul							X									
Reanimatsioon			X													
Operatsioon surmale eelneval aastal										X						
Operatsiooni põhjus										X						
Operatsiooni tüüp										X						
Kohustus paigutada kohe kirstu (hermeetilisse/tavalisse)								X								
Surnukeha ei saa välja anda								X								
Kas on põhjust teatada politseisse																X
Luba matmiseks/kremeerimiseks															X	X
Hoiatused (kardiostimulaator/infektsioon/ protees/implantaat/muu)			X					X							X	X
Lisatunnused (naised)	X		X					X			X					
Raviarsti/perearsti nimi		X	X						X					X		
Kontaktisik															X	
<b>Alusdokumendid</b>																
Surmaakti number	X	X	X			X		X	X		X	X		X	X	X
Surmatõendi (-tunnistuse) nr / väljaandmise koht	X	X	X			X		X	X		X	X		X	X	X

**Lisa 7. 18 riigi surmatõendite koopiad:** Ameerika Ühendriigid, Austria, Eesti, Hispaania, Holland, Island, Itaalia, Leedu, Läti, Norra, Prantsusmaa, Rootsi, Saksamaa, Slovakkia, Soome, Suurbritannia, Šveits, Taani

AMEERIKA  
ÜHENDRIIGID

# U.S. STANDARD CERTIFICATE OF DEATH

LOCAL FILE NO.

STATE FILE NO.

NAME OF DECEDENT  
For use by physician or institution

To Be Completed/Verified By: FUNERAL DIRECTOR	1. DECEDENT'S LEGAL NAME (Include AKA's if any) (First, Middle, Last)				2. SEX	3. SOCIAL SECURITY NUMBER
	4a. AGE-Last Birthday (Years)	4b. UNDER 1 YEAR Months      Days	4c. UNDER 1 DAY Hours      Minutes	5. DATE OF BIRTH (Mo/Day/Yr)		6. BIRTHPLACE (City and State or Foreign Country)
	7a. RESIDENCE-STATE		7b. COUNTY	7c. CITY OR TOWN		
	7d. STREET AND NUMBER			7e. APT. NO.	7f. ZIP CODE	7g. INSIDE CITY LIMITS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	8. EVER IN US ARMED FORCES? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	9. MARITAL STATUS AT TIME OF DEATH <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but separated <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Never Married <input type="checkbox"/> Unknown		10. SURVIVING SPOUSE'S NAME (If wife, give name prior to first marriage)		
	11. FATHER'S NAME (First, Middle, Last)			12. MOTHER'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE (First, Middle, Last)		
	13a. INFORMANT'S NAME		13b. RELATIONSHIP TO DECEDENT	13c. MAILING ADDRESS (Street and Number, City, State, Zip Code)		
	14. PLACE OF DEATH (Check only one: see instructions)					
	IF DEATH OCCURRED IN A HOSPITAL: <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Emergency Room/Outpatient <input type="checkbox"/> Dead on Arrival			IF DEATH OCCURRED SOMEWHERE OTHER THAN A HOSPITAL: <input type="checkbox"/> Hospice facility <input type="checkbox"/> Nursing home/Long term care facility <input type="checkbox"/> Decedent's home <input type="checkbox"/> Other (Specify):		
	15. FACILITY NAME (If not institution, give street & number)			16. CITY OR TOWN, STATE, AND ZIP CODE		17. COUNTY OF DEATH
	18. METHOD OF DISPOSITION: <input type="checkbox"/> Burial <input type="checkbox"/> Cremation <input type="checkbox"/> Donation <input type="checkbox"/> Entombment <input type="checkbox"/> Removal from State <input type="checkbox"/> Other (Specify):			19. PLACE OF DISPOSITION (Name of cemetery, crematory, other place)		
	20. LOCATION-CITY, TOWN, AND STATE			21. NAME AND COMPLETE ADDRESS OF FUNERAL FACILITY		
	22. SIGNATURE OF FUNERAL SERVICE LICENSEE OR OTHER AGENT				23. LICENSE NUMBER (Of Licensee)	
	<b>ITEMS 24-28 MUST BE COMPLETED BY PERSON WHO PRONOUNCES OR CERTIFIES DEATH</b>			24. DATE PRONOUNCED DEAD (Mo/Day/Yr)	25. TIME PRONOUNCED DEAD	
26. SIGNATURE OF PERSON PRONOUNCING DEATH (Only when applicable)			27. LICENSE NUMBER	28. DATE SIGNED (Mo/Day/Yr)		
29. ACTUAL OR PRESUMED DATE OF DEATH (Mo/Day/Yr) (Spell Month)			30. ACTUAL OR PRESUMED TIME OF DEATH	31. WAS MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
<b>CAUSE OF DEATH (See instructions and examples)</b>						
32. <b>PART I.</b> Enter the chain of events--diseases, injuries, or complications--that directly caused the death. DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE. Enter only one cause on a line. Add additional lines if necessary.  IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition -----> resulting in death)      a. _____ Due to (or as a consequence of):  Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the <b>UNDERLYING CAUSE</b> (disease or injury that initiated the events resulting in death) <b>LAST</b> b. _____ Due to (or as a consequence of):  c. _____ Due to (or as a consequence of):  d. _____					Approximate interval: Onset to death  _____  _____  _____	
33. <b>PART II.</b> Enter other significant conditions contributing to death but not resulting in the underlying cause given in PART I.				33. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
				34. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
35. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Probably <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		36. IF FEMALE: <input type="checkbox"/> Not pregnant within past year <input type="checkbox"/> Pregnant at time of death <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant within 42 days of death <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death <input type="checkbox"/> Unknown if pregnant within the past year		37. MANNER OF DEATH <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pending Investigation <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Could not be determined		
38. DATE OF INJURY (Mo/Day/Yr) (Spell Month)	39. TIME OF INJURY	40. PLACE OF INJURY (e.g., Decedent's home; construction site; restaurant; wooded area)		41. INJURY AT WORK? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
42. LOCATION OF INJURY:    State: _____      City or Town: _____ Street & Number: _____      Apartment No.: _____      Zip Code: _____						
43. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED:				44. IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY: <input type="checkbox"/> Driver/Operator <input type="checkbox"/> Passenger <input type="checkbox"/> Pedestrian <input type="checkbox"/> Other (Specify)		
45. CERTIFIER (Check only one): <input type="checkbox"/> Certifying physician-To the best of my knowledge, death occurred due to the cause(s) and manner stated. <input type="checkbox"/> Pronouncing & Certifying physician-To the best of my knowledge, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated. <input type="checkbox"/> Medical Examiner/Coroner-On the basis of examination, and/or investigation, in my opinion, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated.						
Signature of certifier: _____						
46. NAME, ADDRESS, AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH (Item 32)						
47. TITLE OF CERTIFIER		48. LICENSE NUMBER		49. DATE CERTIFIED (Mo/Day/Yr)		
				50. <b>FOR REGISTRAR ONLY</b> - DATE FILED (Mo/Day/Yr)		
51. DECEDENT'S EDUCATION-Check the box that best describes the highest degree or level of school completed at the time of death. <input type="checkbox"/> 8th grade or less <input type="checkbox"/> 9th - 12th grade; no diploma <input type="checkbox"/> High school graduate or GED completed <input type="checkbox"/> Some college credit, but no degree <input type="checkbox"/> Associate degree (e.g., AA, AS) <input type="checkbox"/> Bachelor's degree (e.g., BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Master's degree (e.g., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorate (e.g., PhD, EdD) or Professional degree (e.g., MD, DDS, DVM, LLB, JD)		52. DECEDENT OF HISPANIC ORIGIN? Check the box that best describes whether the decedent is Spanish/Hispanic/Latino. Check the "No" box if decedent is not Spanish/Hispanic/Latino. <input type="checkbox"/> No, not Spanish/Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Yes, Mexican, Mexican American, Chicano <input type="checkbox"/> Yes, Puerto Rican <input type="checkbox"/> Yes, Cuban <input type="checkbox"/> Yes, other Spanish/Hispanic/Latino (Specify) _____		53. DECEDENT'S RACE (Check one or more races to indicate what the decedent considered himself or herself to be) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native (Name of the enrolled or principal tribe) _____ <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other Asian (Specify) _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (Specify) _____ <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____		
54. DECEDENT'S USUAL OCCUPATION (Indicate type of work done during most of working life. DO NOT USE RETIRED).						
55. KIND OF BUSINESS/INDUSTRY						

## **MEDICAL CERTIFIER INSTRUCTIONS for selected items on U.S. Standard Certificate of Death**

(See Physicians' Handbook or Medical Examiner/Coroner Handbook on Death Registration for instructions on all items)

### **ITEMS ON WHEN DEATH OCCURRED**

Items 24-25 and 29-31 should always be completed. If the facility uses a separate pronouncer or other person to indicate that death has taken place with another person more familiar with the case completing the remainder of the medical portion of the death certificate, the pronouncer completes Items 24-28. If a certifier completes Items 24-25 as well as items 29-49, Items 26-28 may be left blank.

### **ITEMS 24-25, 29-30 – DATE AND TIME OF DEATH**

Spell out the name of the month. If the exact date of death is unknown, enter the **approximate** date. If the date cannot be approximated, enter the date the body is found and identify as **date found**. Date pronounced and actual date may be the same. Enter the exact hour and minutes according to a 24-hour clock; estimates may be provided with "Approx." placed before the time.

### **ITEM 32 – CAUSE OF DEATH (See attached examples)**

Take care to make the entry legible. Use a computer printer with high resolution, typewriter with good black ribbon and clean keys, or print legibly using permanent **black** ink in completing the CAUSE OF DEATH Section. **Do not abbreviate** conditions entered in section.

#### **Part I (Chain of events leading directly to death)**

•Only **one** cause should be entered on each line. Line (a) **MUST ALWAYS** have an entry. **DO NOT** leave blank. Additional lines may be added if necessary.

•If the condition on Line (a) resulted from an underlying condition, put the underlying condition on Line (b), and so on, until the full sequence is reported. **ALWAYS** enter the **underlying cause of death** on the lowest used line in Part I.

•For each cause indicate the best estimate of the interval between the presumed onset and the date of death. The terms "unknown" or "approximately" may be used. General terms, such as minutes, hours, or days, are acceptable, if necessary. **DO NOT** leave blank.

•The terminal event (for example, cardiac arrest or respiratory arrest) should not be used. If a mechanism of death seems most appropriate to you for line (a), then you must always list its cause(s) on the line(s) below it (for example, cardiac arrest **due to** coronary artery atherosclerosis or cardiac arrest **due to** blunt impact to chest).

•If an organ system failure such as congestive heart failure, hepatic failure, renal failure, or respiratory failure is listed as a cause of death, always report its etiology on the line(s) beneath it (for example, renal failure **due to** Type I diabetes mellitus).

•When indicating neoplasms as a cause of death, include the following: 1) primary site or that the primary site is unknown, 2) benign or malignant, 3) cell type or that the cell type is unknown, 4) grade of neoplasm, and 5) part or lobe of organ affected. (For example, a primary well-differentiated squamous cell carcinoma, lung, left upper lobe.)

•Always report the fatal injury (for example, stab wound of chest), the trauma (for example, transection of subclavian vein), and impairment of function (for example, air embolism).

#### **PART II (Other significant conditions)**

•Enter all diseases or conditions contributing to death that were not reported in the chain of events in Part I and that did not result in the **underlying cause of death**. See attached examples.

•If two or more possible sequences resulted in death, or if two conditions seem to have added together, report in Part I the one that, in your opinion, most directly caused death. Report in Part II the other conditions or diseases.

### **CHANGES TO CAUSE OF DEATH**

Should additional medical information or autopsy findings become available that would change the cause of death originally reported, the original death certificate should be amended by the certifying physician by **immediately** reporting the revised cause of death to the State Vital Records Office.

### **ITEMS 33-34 - AUTOPSY**

•33 - Enter "Yes" if either a partial or full autopsy was performed. Otherwise enter "No."

•34 - Enter "Yes" if autopsy findings were available to complete the cause of death; otherwise enter "No". Leave item blank if no autopsy was performed.

### **ITEM 35 - DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH?**

Check "yes" if, in your opinion, the use of tobacco contributed to death. Tobacco use may contribute to deaths due to a wide variety of diseases; for example, tobacco use contributes to many deaths due to emphysema or lung cancer and some heart disease and cancers of the head and neck. Check "no" if, in your clinical judgment, tobacco use did not contribute to this particular death.

### **ITEM 36 - IF FEMALE, WAS DECEDENT PREGNANT AT TIME OF DEATH OR WITHIN PAST YEAR?**

*This information is important in determining pregnancy-related mortality.*

### **ITEM 37 - MANNER OF DEATH**

•Always check Manner of Death, which is important: 1) in determining accurate causes of death; 2) in processing insurance claims; and 3) in statistical studies of injuries and death.

•Indicate "Pending investigation" if the manner of death cannot be determined whether due to an accident, suicide, or homicide within the statutory time limit for filing the death certificate. This should be changed later to one of the other terms.

•Indicate "Could not be Determined" **ONLY** when it is impossible to determine the manner of death.

### **ITEMS 38-44 - ACCIDENT OR INJURY – to be filled out in all cases of deaths due to injury or poisoning.**

•38 - Enter the exact month, day, and year of injury. Spell out the name of the month. **DO NOT** use a number for the month. (Remember, the date of injury may differ from the date of death.) Estimates may be provided with "Approx." placed before the date.

•39 - Enter the exact hour and minutes of injury or use your best estimate. Use a 24-hour clock.

•40 - Enter the general place (such as restaurant, vacant lot, or home) where the injury occurred. **DO NOT** enter firm or organization names. (For example, enter "factory", **not** "Standard Manufacturing, Inc.")

•41 - Complete if anything other than natural disease is mentioned in Part I or Part II of the medical certification, including homicides, suicides, and accidents. This includes all motor vehicle deaths. The item **must** be completed for decedents ages 14 years or over and may be completed for those less than 14 years of age if warranted. Enter "Yes" if the injury occurred at work. Otherwise enter "No". An injury may occur at work regardless of whether the injury occurred in the course of the decedent's "usual" occupation. Examples of injury at work and injury not at work follow:

#### **Injury at work**

Injury while working or in vocational training on job premises  
Injury while on break or at lunch or in parking lot on job premises  
Injury while working for pay or compensation, including at home  
Injury while working as a volunteer law enforcement official etc.  
Injury while traveling on business, including to/from business contacts

#### **Injury not at work**

Injury while engaged in personal recreational activity on job premises  
Injury while a visitor (not on official work business) to job premises  
Homemaker working at homemaking activities  
Student in school  
Working for self for no profit (mowing yard, repairing own roof, hobby)  
Commuting to or from work

•42 - Enter the complete address where the injury occurred including zip code.

•43 - Enter a brief but specific and clear description of how the injury occurred. Explain the circumstances or cause of the injury. Specify **type of gun or type of vehicle** (e.g., car, bulldozer, train, etc.) when relevant to circumstances. Indicate if more than one vehicle involved; specify type of vehicle decedent was in.

•44 - Specify role of decedent (e.g. driver, passenger). Driver/operator and passenger should be designated for modes other than motor vehicles such as bicycles. Other applies to watercraft, aircraft, animal, or people attached to outside of vehicles (e.g. surfers).

Rationale: Motor vehicle accidents are a major cause of unintentional deaths; details will help determine effectiveness of current safety features and laws.

### **REFERENCES**

For more information on how to complete the medical certification section of the death certificate, refer to tutorial at <http://www.TheNAME.org> and resources including instructions and handbooks available by request from NCHS, Room 7318, 3311 Toledo Road, Hyattsville, Maryland 20782-2003 or at [www.cdc.gov/nchs/about/major/dvs/handbk.htm](http://www.cdc.gov/nchs/about/major/dvs/handbk.htm)



# Cause-of-death – Background, Examples, and Common Problems

Accurate cause of death information is important  
 •to the public health community in evaluating and improving the health of all citizens, and  
 •often to the family, now and in the future, and to the person settling the decedent's estate.

The cause-of-death section consists of two parts. **Part I** is for reporting a chain of events leading directly to death, with the **immediate cause** of death (the final disease, injury, or complication directly causing death) on line a and the **underlying cause** of death (the disease or injury that initiated the chain of events that led directly and inevitably to death) on the lowest used line. **Part II** is for reporting all other significant diseases, conditions, or injuries that contributed to death but which did not result in the underlying cause of death given in **Part I**. **The cause-of-death information should be YOUR best medical OPINION.** A condition can be listed as "probable" even if it has not been definitively diagnosed.

Examples of properly completed medical certifications:

CAUSE OF DEATH (See instructions and examples)		Approximate interval: Onset to death
32. <b>PART I.</b> Enter the <u>chain of events--diseases, injuries, or complications--that directly caused the death.</u> DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE. Enter only one cause on a line. Add additional lines if necessary.  IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death) -----> a. <u>Rupture of myocardium</u> Due to (or as a consequence of): _____  Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the <b>UNDERLYING CAUSE</b> (disease or injury that initiated the events resulting in death) <b>LAST</b> b. <u>Acute myocardial infarction</u> Due to (or as a consequence of): _____ c. <u>Coronary artery thrombosis</u> Due to (or as a consequence of): _____ d. <u>Atherosclerotic coronary artery disease</u>		Minutes  6 days  5 years  7 years
<b>PART II.</b> Enter other <u>significant conditions contributing to death</u> but not resulting in the underlying cause given in PART I.  Diabetes, Chronic obstructive pulmonary disease, smoking		33. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  34. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
35. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH? Yes <input type="checkbox"/> Probably <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/>	36. IF FEMALE: Not pregnant within past year <input type="checkbox"/> Pregnant at time of death <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant within 42 days of death <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death <input type="checkbox"/> Unknown if pregnant within the past year <input type="checkbox"/>	37. MANNER OF DEATH Natural <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pending Investigation <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Could not be determined <input type="checkbox"/>

CAUSE OF DEATH (See instructions and examples)		Approximate interval: Onset to death
32. <b>PART I.</b> Enter the <u>chain of events--diseases, injuries, or complications--that directly caused the death.</u> DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE. Enter only one cause on a line. Add additional lines if necessary.  IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death) -----> a. <u>Aspiration pneumonia</u> Due to (or as a consequence of): _____  Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the <b>UNDERLYING CAUSE</b> (disease or injury that initiated the events resulting in death) <b>LAST</b> b. <u>Complications of coma</u> Due to (or as a consequence of): _____ c. <u>Blunt force injuries</u> Due to (or as a consequence of): _____ d. <u>Motor vehicle accident</u>		2 Days  7 weeks  7 weeks  7 weeks
<b>PART II.</b> Enter other <u>significant conditions contributing to death</u> but not resulting in the underlying cause given in PART I.		33. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  34. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
35. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH? Yes <input type="checkbox"/> Probably <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/>	36. IF FEMALE: Not pregnant within past year <input type="checkbox"/> Pregnant at time of death <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant within 42 days of death <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death <input type="checkbox"/> Unknown if pregnant within the past year <input type="checkbox"/>	37. MANNER OF DEATH Natural <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pending Investigation <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Could not be determined <input type="checkbox"/>
38. DATE OF INJURY (Mo/Day/Yr) (Spell Month) August 15, 2003	39. TIME OF INJURY Approx. 2320	40. PLACE OF INJURY (e.g., Decedent's home; construction site; restaurant; wooded area) road side near state highway
42. LOCATION OF INJURY: State: Missouri City or Town: near Alexandria  Street & Number: mile marker 17 on state route 46a Apartment No.: Zip Code:		41. INJURY AT WORK? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
43. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED:  Decedent driver of van, ran off road into tree		44. IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY: Driver/Operator <input type="checkbox"/> Passenger <input type="checkbox"/> Pedestrian <input type="checkbox"/> Other (Specify) <input type="checkbox"/>

## Common problems in death certification

The **elderly decedent** should have a clear and distinct etiological sequence for cause of death, if possible. Terms such as senescence, infirmity, old age, and advanced age have little value for public health or medical research. Age is recorded elsewhere on the certificate. When a number of conditions resulted in death, the physician should choose the single sequence that, in his or her opinion, best describes the process leading to death, and place any other pertinent conditions in Part II. If after careful consideration the physician cannot determine a sequence that ends in death, then the medical examiner or coroner should be consulted about conducting an investigation or providing assistance in completing the cause of death.

The **infant decedent** should have a clear and distinct etiological sequence for cause of death, if possible. "Prematurity" should not be entered without explaining the etiology of prematurity. Maternal conditions may have initiated or affected the sequence that resulted in infant death, and such maternal causes should be reported in addition to the infant causes on the infant's death certificate (e.g., Hyaline membrane disease **due** to prematurity, 28 weeks **due** to placental abruption **due** to blunt trauma to mother's abdomen).

When **SIDS** is suspected, a complete investigation should be conducted, typically by a medical examiner or coroner. If the infant is under 1 year of age, no cause of death is determined after scene investigation, clinical history is reviewed, and a complete autopsy is performed, then the death can be reported as Sudden Infant Death Syndrome.

## When processes such as the following are reported, additional information about the etiology should be reported:

Abscess Abdominal hemorrhage Adhesions Adult respiratory distress syndrome Acute myocardial infarction Altered mental status Anemia Anoxic encephalopathy Arrhythmia Ascites Aspiration Atrial fibrillation Bacteremia Bedridden Biliary obstruction Bowel obstruction Brain injury Brain stem herniation Carcinogenesis	Carcinomatosis Cardiac arrest Cardiac dysrhythmia Cardiomyopathy Cardiopulmonary arrest Cellulitis Cerebral edema Cerebrovascular accident Cerebellar tonsillar herniation Chronic bedridden state Cirrhosis Coagulopathy Compression fracture Congestive heart failure Convulsions Decubiti Dehydration Dementia (when not otherwise specified) Diarrhea	Disseminated intra vascular coagulopathy Dysrhythmia End-stage liver disease End-stage renal disease Epidural hematoma Exsanguination Failure to thrive Fracture Gangrene Gastrointestinal hemorrhage Heart failure Hemothorax Hepatic failure Hepatitis Hepatorenal syndrome Hyperglycemia Hypokalemia Hypovolemic shock	Hyponatremia Hypotension Immunosuppression Increased intra cranial pressure Intra cranial hemorrhage Malnutrition Metabolic encephalopathy Multi-organ failure Multi-system organ failure Myocardial infarction Necrotizing soft-tissue infection Old age Open (or closed) head injury Paralysis Pancytopenia Perforated gallbladder Peritonitis Pleural effusions Pneumonia	Pulmonary arrest Pulmonary edema Pulmonary embolism Pulmonary insufficiency Renal failure Respiratory arrest Seizures Sepsis Septic shock Shock Starvation Subdural hematoma Subarachnoid hemorrhage Sudden death Thrombocytopenia Uncal herniation Urinary tract infection Ventricular fibrillation Ventricular tachycardia Volume depletion
--	---	--	--	--

If the certifier is unable to determine the etiology of a process such as those shown above, the process must be qualified as being of an unknown, undetermined, probable, presumed, or unspecified etiology so it is clear that a distinct etiology was not inadvertently or carelessly omitted.

The following conditions and types of death might seem to be specific or natural but when the medical history is examined further may be found to be complications of an injury or poisoning (possibly occurring long ago). Such cases should be reported to the medical examiner/coroner.

Asphyxia Bolus Choking Drug or alcohol overdose/drug or alcohol abuse	Epidural hematoma Exsanguination Fall Fracture	Hip fracture Hyperthermia Hypothermia Open reduction of fracture	Pulmonary emboli Seizure disorder Sepsis Subarachnoid hemorrhage	Subdural hematoma Surgery Thermal burns/chemical burns
--	---	---	---	--

AUSTRIA

**ANZEIGE DES TODES**

**Hinweis für den Anzeigenden:** Bitte nur die grauen Felder ausfüllen und die Rückseite beachten!

Behörde	Code	Nummer der Eintragung im Sterbebuch
Familienname (unterstreichen), Vornamen, ggf. akademischer Grad		
Gemeinsamer Familienname		
Geschlecht		
Letzte Wohnanschrift		
Religionszugehörigkeit		
Tag und Ort der Geburt		
Eintragung der Geburt (Behörde und Nr.)		
Tag, Monat, Jahr, Stunde und Minute, sowie Ort <sup>1)</sup> des Todes		
Familienstand zur Zeit des Todes		
Familienname (unterstreichen), Vornamen, ggf. akademischer Grad und Geburtsdatum des Ehegatten		
Gemeinsamer Familienname des Ehegatten		
Tag und Eintragung der Eheschließung (Behörde und Nr.)		
Staatsangehörigkeit des Verstorbenen		
Nachweis und Evidenzgemeinde		
Familienname, Vornamen und Wohnanschrift, Identitätsnachweis des Anzeigenden (Bezeichnung und Anschrift der Krankenanstalt)		Angaben überprüft:  (Standesbeamter)
(Datum und Unterschrift)		Eingetragen am:  (Standesbeamter)

<sup>1)</sup> Anschrift der Krankenanstalt oder der Wohnung, in der der Tod eingetreten ist; sonst möglichst genaue Bezeichnung des Todesortes.

### Hinweise für den Anzeigenden

Der Tod ist spätestens am folgenden Werktag der nach dem Ort des Todes zuständigen Personenstandsbehörde anzuzeigen (§ 27 PStG). Die Anzeige obliegt der Reihe nach

1. dem Leiter der Krankenanstalt, in der die Person gestorben ist;
2. dem Ehegatten oder sonstigen Familienangehörigen;
3. dem letzten Unterkunftsgeber;
4. dem Arzt, der die Totenbeschau vorgenommen hat;
5. der Behörde oder der Dienststelle der Bundesgendamerie, die Ermittlungen über den Tod durchführt;
6. sonstigen Personen, die vom Tod auf Grund eigener Wahrnehmungen Kenntnis haben.

Die Anzeige hat, soweit der Anzeigepflichtige dazu in der Lage ist, alle Angaben zu enthalten, die für Eintragungen in den Personenstandsbüchern benötigt werden.

Für die Beurkundung des Todes werden benötigt

1. die Geburtsurkunde;
  2. die Heiratsurkunde der letzten Ehe;
  3. der Nachweis der Staatszugehörigkeit;
  4. der Nachweis des letzten Hauptwohnsitzes;
  5. die Todesbestätigung, wenn die Anzeige nicht vom Leiter einer Krankenanstalt erstattet wird.
- Der Standesbeamte kann die Vorlage weiterer Urkunden und Nachweise verlangen, wenn die allgemein verlangten Urkunden und Nachweise zur ordnungsgemäßen Beurkundung des Todes nicht ausreichen.

<b>Todesbestätigung<sup>1)</sup></b> Der Tod des auf der Vorderseite dieser Todesanzeige namentlich bezeichneten Verstorbenen wird bestätigt.  (Unterschrift des Arztes)
---

### VOM ANZEIGENDEN NICHT AUSZUFÜLLEN!

Erlidigungsvermerke	
<input type="checkbox"/>	Eintragung im Namensverzeichnis (P 5.2 und 5.3 DA)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an das Geburtenbuch (§ 17 Abs. 3 Z 1 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an das Ehebuch (§ 17 Abs. 3 Z 2 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an die Staatsbürgerschafts-Evidenzstelle (§ 17 Abs. 3 Z 3 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an die Meldebehörde (§ 17 Abs. 3 Z 4 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an die Wähler-Evidenz (§ 17 Abs. 3 Z 5 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an das Familienschiedsgericht (§ 17 Abs. 3 Z 6 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an den Jugendwohlfahrtsträger (§ 17 Abs. 3 Z 7 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an das Militärkommando (§ 17 Abs. 3 Z 8 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an die Statistik Österreich (§ 17 Abs. 3 Z 9 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an die Gesundheitskrankenkasse des Zuständigkeitsbereichs (§ 17 Abs. 3 Z 10 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Mitteilung an einliches Führerscheinregister (§ 17 Abs. 3 Z 11 PSIV)
<input type="checkbox"/>	Austausch von Personenstandsurkunden mit
<input type="checkbox"/>	Eintragung im wöchentlichen Verzeichnis (§ 37 Abs. 4 PStG und § 16 PSIV)
<input type="checkbox"/>	zum Sammelakt (P 3.1 DA)

(Datum) (Standesbeamter)

<sup>1)</sup> Zur Ausstellung der Todesbestätigung ist der Arzt verpflichtet, der die Totenbeschau vorgenommen hat. Die Bestätigung ist nicht erforderlich, wenn der Tod vom Leiter einer Krankenanstalt angezeigt wird (§ 8 Abs. 4 PStG).

**ANZEIGE DES TODES**

**Hinweis für den Anzeigenden:** Bitte nur die grauen Felder ausfüllen und die Rückseite beachten!

Behörde	Code	Nummer der Eintragung im Sterbebuch
Familienname (unterstreichen), Vornamen, ggf. akademischer Grad		
Gemeinsamer Familienname		
Geschlecht		
Letzte Wohnanschrift		
Religionszugehörigkeit		
Tag und Ort der Geburt		
Eintragung der Geburt (Behörde und Nr.)		
Tag, Monat, Jahr, Stunde und Minute, sowie Ort <sup>1)</sup> des Todes		
Familienstand zur Zeit des Todes		
Familienname (unterstreichen), Vornamen, ggf. akademischer Grad und Geburtsdatum des Ehegatten		
Gemeinsamer Familienname des Ehegatten		
Tag und Eintragung der Eheschließung (Behörde und Nr.)		
Staatsangehörigkeit des Verstorbenen		
Nachweis und Evidenzgemeinde		
Familienname, Vornamen und Wohnanschrift, Identitätsnachweis des Anzeigenden (Bezeichnung und Anschrift der Krankenanstalt)		Angaben überprüft:  (Standesbeamter)
(Datum und Unterschrift)		Eingetragen am:  (Standesbeamter)

<sup>1)</sup> Anschrift der Krankenanstalt oder der Wohnung, in der der Tod eingetreten ist; sonst möglichst genaue Bezeichnung des Todesortes.

9a

Die folgenden Angaben zur Person (Name, Geburtsdatum, Todeszeitpunkt und -ort) sind hier nur dann einzutragen, wenn sie nicht schon auf der Vorderseite eingetragen wurden. Für Anzeigen an Standesämter mit EDV-mäßigem Bedrucken der Vorderseite zweckmäßig!

Familienname (unterstreichen), Vorname:	Tag, Monat, Jahr, Stunde und Minute sowie Ort <sup>1)</sup> des Todes:
Tag, Monat und Jahr der Geburt:	

### TODESURSACHE

Die Todesursache ist der Personenstandsbehörde vom Leiter der Krankenanstalt, in der der Tod eingetreten ist, sonst vom Arzt, der die Totenbeschau vorgenommen hat, ausschließlich zur Übermittlung an die Bundesanstalt Statistik Österreich bekannt zu geben (§27 Abs. 4 PStG).

Bitte mit Maschine oder in gut lesbarer Schrift ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!	<b>Todesursache oder Kausalkette der Todesursachen</b> In deutscher oder lateinischer wissenschaftlicher Bezeichnung; Abkürzungen bitte vermeiden.	ungefähre Zeitdauer zw. Beginn der Erkrankung und Tod, falls bekannt
<p>1. Die <b>unmittelbar</b> zum Tod führende Krankheit, Verletzung oder Komplikation (nicht die Art des Todeseintritts wie z.B. Herz-Kreislaufversagen oder Atemstillstand)</p> <p>-----</p> <p><b>vorausgegangene Ursachen</b>, falls vorhanden: Krankheitszustände, welche zu der unter a) angeführten unmittelbaren Ursache geführt haben, mit der zugrundeliegenden Todesursache (dem Grundleiden) an letzter Stelle</p> <p><i>Beispiel für eine Kausalkette</i></p> <p>a) <i>Ösophagusvarizenblutung (= unmittelbare Todesursache)</i></p> <p>b) <i>portale Hypertonie</i></p> <p>c) <i>alkohol. Leberzirrhose (= Grundleiden)</i></p> <p>d) .....</p> <p>Falls der Krankheitsverlauf nur durch <b>ein</b> Geschehen bestimmt ist, reicht der Eintrag in Zeile a) aus.</p>	<p>a) .....</p> <p>bedingt durch (Folge von):</p> <p>b) .....</p> <p>bedingt durch (Folge von):</p> <p>c) .....</p> <p>bedingt durch (Folge von):</p> <p>d) .....</p> <p>Das Grundleiden soll in der untersten <b>ausgefüllten</b> Zeile stehen!</p>	
<p>2. <b>Andere wesentliche Krankheitszustände</b>, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen</p> <p><i>Beispiele: Diabetes mellitus, Bluthochdruck</i></p>		
<p>3. <b>Bei gewaltsamen Todesfällen</b> (Unfall, Selbstmord, Mord etc.) Einzelheiten über Art, Weise sowie Ursache des gewaltsamen Todes</p> <p><i>Beispiele: Suizid durch Erhängen, Fahrradfahrer von PKW angefahren</i></p>		
<p>4. Wurde eine <b>Obduktion</b> durchgeführt? <input type="checkbox"/> klinisch <input type="checkbox"/> sanitätsbehördlich <input type="checkbox"/> gerichtlich <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Ist das Ergebnis in die Bescheinigung eingeflossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>5. <b>Bei Frauen:</b> Lag zum Todeszeitpunkt eine <b>Schwangerschaft</b> vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p>Erfolgte eine <b>Entbindung</b>, eine <b>Interruptio</b> oder ein <b>Abort</b> ...</p> <p>... innerhalb der letzten sechs Wochen vor dem Tod? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p>... zwischen sechs Wochen und einem Jahr vor dem Tod? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p>		
<p>Stampiglie der Krankenanstalt bzw. des Beschauarztes, Datum, Unterschrift des Beschauarztes</p>		

1) Anschrift der Krankenanstalt oder der Wohnung, in der der Tod eingetreten ist, sonst möglichst genaue Bezeichnung des Todesortes.

EESTI



Täidetud aruandevormi palume saata adressil

Endla 15, 15174 Tallinn

Teave aruandevormi täitmise kohta:

rahvastikustatistika osakond, tel 6259 224

## ARSTLIK SURMATÕEND

 1 lõplik  2 esialgne  3 lõplik, asendav

A

ISIKUANDMED (täidetakse suurtähtedega)

asendatava nr .....

1. Perekonnanimi _____ Eesnimi _____	
2. Sünniaeg/isikukood saj/ aasta kuu päev jrk nr sugu	4. Elukoht vald/alev/linn _____ maakond _____ riik _____ tn/küla _____ maja _____ krt _____
3. Sugu <input type="checkbox"/> 1 mees <input type="checkbox"/> 2 naine	

## SURMAANDMED

5. Surmaaeg päev kuu aasta	6. Sünnimass (kuni ühe kuu vanuses surnud) _____ g
7. Surmapõhjused	
I.a. Vahetu surmapõhjus (tüsistus, haigus, vigastus)	Kood A00–T98
I.b. Varasem põhjus (vahetut surmapõhjust esile kutsunud haigusseisundid, vigastused, mürgistused)	
I.c. Surma algpõhjus (põhihaigus, mürgistus, vigastus, muu toime)	
I.d. Välispõhjus: vigastuste, mürgistuste ja muude toimete korral	Kood V01–Y98
II. Muud surma soodustanud olulised seisundid, mis ei seondu vahetu surmapõhjusega	Kood A00–Y98
8. Surmapõhjus määratud lahangul <input type="checkbox"/> meditsiinidokumentide alusel <input type="checkbox"/> laiba ülevaatusel <input type="checkbox"/>	
9. Surma tingis <input type="checkbox"/> 1 haigus <input type="checkbox"/> 3 enesetapp <input type="checkbox"/> 5 teadmata põhjus <input type="checkbox"/> 2 õnnetusjuhtum <input type="checkbox"/> 4 rünne <input type="checkbox"/> 6 muu, nimetada	10. Vigastatu tegevus juhtumi toimumise ajal sportlik tegevus <input type="checkbox"/> tasustamata töö <input type="checkbox"/> puhke- ja vaba aja tegevus <input type="checkbox"/> olmetegevus <input type="checkbox"/> töö tasu eest <input type="checkbox"/> teadmata <input type="checkbox"/> muu (nimetada) <input type="checkbox"/> .....
11. Välispõhjustest tingitud surma korral näidata alati vigastuse või mürgistuse saamise asjaolud päev kuu aasta aeg _____, koht: _____	
12. Surmakoht vald/alev/linn _____ maakond _____ riik _____ 1 raviasutus, nimetus _____ kood _____ 2 kodu _____ 3 muu, nimetada _____	

## SURMATÕENDI KOOSTAJA

13. Surmapõhjuse määras	Koht ja kuupäev	Raviasutus (pitser) _____ kood _____
<input type="checkbox"/> 1 arst	Arsti nimi ja kood	tel nr _____
<input type="checkbox"/> 2 patoloog	.....	
<input type="checkbox"/> 3 kohtuarst	Allkiri	



Perekonnaseisuasutuse pitser

Surmaakti nr ..... 20 .....

14. Kodakondsus  _____	15. Rahvus *  _____
16. Sünnikoht  vald/alev/linn _____ maakond _____ riik _____	17. Haridus **  <input type="checkbox"/> üldhariduskoolis omandatud haridus (täheline kood) *** <input type="checkbox"/> lõpetatud kutse- või erialaharidus (numbriline kood) ***
18. Töölane seisund (tavategevusala) ja amet ** Amet _____ <input type="checkbox"/> 1 töötav <input type="checkbox"/> 2 töötu <input type="checkbox"/> 3 ajateenija <input type="checkbox"/> 4 kinnipeetav <input type="checkbox"/> 5 (üli)õpilane <input type="checkbox"/> 6 pensionär <input type="checkbox"/> 7 töövõimetu <input type="checkbox"/> 8 kodune	19. Perekonnaseis **  <input type="checkbox"/> 1 registreeritud abielus <input type="checkbox"/> 2 vabaabielus <input type="checkbox"/> 3 vallaline <input type="checkbox"/> 4 lahutatud <input type="checkbox"/> 5 lesk
20. Välja antud tunnistus seeria _____ nr _____	
21. Märkused	

\* Kuni 16-aastastel lastel ema rahvus. **Vastavalt riikliku statistika seaduse § 7 lõikele 4 esitab füüsiline isik andmed enda kohta vabatahtlikkuse alusel**

\*\* Kuni 6-aastastel lastel ema andmed. **Vastavalt riikliku statistika seaduse § 7 lõikele 4 esitab füüsiline isik andmed enda kohta vabatahtlikkuse alusel**

\*\*\* Haridustaseme märkimise koodid:

**Üldhariduskoolis omandatud haridus:**

- A. Ei oma põhiharidust  
B. Põhiharidus  
C. Üldkeskharidus

**Lõpetatud kutse- või erialaharidus:**

1. Kutseharidus  
2. Kutseharidus koos põhihariduse omandamisega  
3. Kutseharidus koos keskhariduse omandamisega  
4. Kutsekeskharidus  
5. Keskeri-/tehnikumiharidus  
6. Kõrgharidus

**Perekonnaseisuaametnik**

nimi .....

allkiri .....

Jääb raviasutusse

## ARSTLIK SURMATÕEND A

lõplik

esialgne

lõplik, asendav

1. Perekonnanimi _____ Eesnimi _____		2. Sünni- aeg _____
5. Väljaandmise kuupäev _____		3. Surma- aeg _____
6. Surma- põhjus	I.	a. _____
		b. _____
		c. _____
		d. _____
	II.	_____
7. Arsti nimi ja kood _____		8. Kätesaaja nimi ja allkiri .....

HISPAANIA

Boletín Estadístico de Defunción  
 Butlletí Estadístic de Defunció

DOCUMENTO PROTEGIDO POR  
 EL SECRETO ESTADÍSTICO  
 INE  
 DOCUMENT PROTEGIT  
 PEL SECRET ESTADÍSTIC

**Datos de la inscripción.** A rellenar por el encargado del Registro Civil  
**Dades de la inscripció.** A emplenar per l'encarregat del Registre Civil

Registro Civil n° \_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Registre Civil núm. \_\_\_\_\_ del municipi d \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_

Inscripción realizada el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Inscripció realitzada el dia \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_

en el tomo \_\_\_\_\_ página \_\_\_\_\_  
 en el tom \_\_\_\_\_ pàgina \_\_\_\_\_

Códigos (No escribir en estos espacios)  
 Codis (No escrigueu en aquests espais)

**Datos del fallecido.** A rellenar por los familiares o personas obligadas por la Ley a declarar la defunción y, en su defecto, por un funcionario del Registro Civil. (Se ruega escribir con mayúsculas) (Ver notas a pie de página)  
**Dades de la persona morta.** A emplenar pels familiars o persones obligades per la Llei a declarar la defunció i, si no s'hi ha, per un funcionari del Registre Civil. (Es prega que escriviu amb majúscules) (Vegeu notes a peu de pàgina)

Códigos (No escribir en estos espacios)  
 Codis (No escrigueu en aquests espais)

Nombre / Nom: \_\_\_\_\_  
 Primer apellido / Primer cognom: \_\_\_\_\_  
 Segundo apellido / Segon cognom: \_\_\_\_\_

D.N.I. / D.N.I. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
 Data de naixement: dia \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ any \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: Municipio o país si es en el extranjero \_\_\_\_\_  
 Lloc de naixement: municipi o país si és en l'estranger \_\_\_\_\_

Provincia / Província \_\_\_\_\_

Sexo<sup>1</sup>/ Sexe<sup>1</sup>: Varón / Home  Mujer / Dona

Estado civil<sup>1</sup>: Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a legalmente o divorciado/a   
 Estat civil<sup>1</sup>: Solter/a  Casat/da  Vidu/a  Separat/da legalment o divorciat/da

Profesión, oficio u ocupación principal<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_  
 Profesió, ofici o ocupació principal<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Nacionalidad / Nacionalitat \_\_\_\_\_

Residencia<sup>3</sup>: Municipio o país si es en el extranjero \_\_\_\_\_  
 Residència<sup>3</sup>: Municipi o país si és en l'estranger \_\_\_\_\_

Provincia / Província \_\_\_\_\_

Domicilio: C/ \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ escalera \_\_\_\_\_ planta \_\_\_\_\_ puerta \_\_\_\_\_  
 Adreça: c/ \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_ escala \_\_\_\_\_ planta \_\_\_\_\_ porta \_\_\_\_\_

Fecha de la defunción: Día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
 Data de la defunció: Dia \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ any \_\_\_\_\_

**Causas de la defunción.** A rellenar por el médico que certificó la defunción y, en su defecto, por un funcionario del Registro Civil (Especifique cada uno de los apartados siguientes) (Se ruega escribir con mayúsculas)

**Causas de la defunció.** A emplenar pel metge que certificà la defunció i, si no hi ha, per un funcionari del Registre Civil (Especifiqueu cadascun dels apartats següents) (Es prega que escriviu amb majúscules)

Causa básica de defunción  
 Causa bàsica de defunció

I. Causa inmediata (enfermedad o condición que causó finalmente la muerte) / Causa immediata (malaltia o condició que causà finalment la mort)

debida a/a causa de

II. Causa antecedente / Causa antecedent  
 a) Intermedia (enfermedad o condición, si hay alguna, que haya contribuido a la causa inmediata) / Intermèdia (malaltia o condició, si n'hi ha, que haja contribuït a la causa immediata)

debida a/a causa de

b) Inicial o fundamental (enfermedad o lesión que inició los hechos que condujeron a la muerte) / Inicial o fonamental (malaltia o lesió que inicià els fets que conduïren a la mort)

III. Otros procesos (embarazo, parto, diabetes, etc., que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados ni desencadenantes de la causa inicial o fundamental) / Altres processos (embaràs, part, diabetis, etc. que contribuïren a la mort, però no relacionats ni desencadenants de la causa inicial o fonamental)

Sello del Registro Civil / Segell del Registre Civil

Firma del declarante / Firma del declarant

Firma del médico / Firma del metge

Colegio de Médicos de la provincia de / Col.legi de Metges de la província d \_\_\_\_\_

Colegiado n° / Col.legiat núm. \_\_\_\_\_

1 Indíquese con una X el recuadro que proceda. / Indiqueu amb una X el quadre que pertoque.

2 Si era jubilado, retirado o pensionista, indíquese la profesión ejercida anteriormente. / Si era jubilat, retirat o pensionista, indiqueu-hi la professió exercida anteriorment.



**CONSEJO GENERAL  
DE  
COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS  
DE ESPAÑA**

Derechos autorizados:  
3,48 EUROS  
I.V.A. INCLUIDO



Clase 3.<sup>a</sup>  
Serie C  
Nº 0224653

## CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION

Colegio de \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_  
en Medicina y Cirugía, colegiado en \_\_\_\_\_, con  
el número \_\_\_\_\_ y con ejercicio profesional en \_\_\_\_\_

CERTIFICO la defunción de \_\_\_\_\_

que ocurrió a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ en la \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
núm. \_\_\_\_\_, cuarto \_\_\_\_\_, población de \_\_\_\_\_

Murió a consecuencia de \_\_\_\_\_  
(Causa inmediata de fallecimiento)

\_\_\_\_\_ (Causa fundamental)  
y son manifiestas en el finado las señales de descomposición \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. El finado tenía la edad de \_\_\_\_\_ años  
de estado \_\_\_\_\_ . Era natural de \_\_\_\_\_  
(Ciudad y Provincia)

hijo de \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_, cuya identidad (1) \_\_\_\_\_

Observación especial (2) \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
de dos mil \_\_\_\_\_

(1) «Se me acreditó con documento de identidad \_\_\_\_\_ » o «se me asegura por don \_\_\_\_\_  
domiciliado en \_\_\_\_\_, cuya identidad me acredita y firma  
este parte», o «Conozco de ciencia propia».

(2) Si hubiera indicios de muerte violenta se comunicará urgente y especialmente al Encargado del Registro Civil.

NOTAS.- Ningún Parte de Defunción podrá ser expedido por el Médico si no va extendido en este impreso, editado por el Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, debiendo llevar estampado el sello oficial del Colegio Médico Provincial.

Los derechos autorizados por la Dirección General de Sanidad son independientes de los Timbres que exigen las disposiciones vigentes.

Corresponde al modelo 8 aprobado por la Orden del Ministerio de Justicia de 24 de diciembre de 1958.

HOLLAND

# B Doodsoorzaakverklaring



Centraal Bureau voor de Statistiek

Ministeriële beschikking van 25 april 2002 (Staatscourant 86) ingevolge artikel 12A van de Wet op de lijkbezorging. De Inspecteur-Generaal voor de Gezondheidszorg is belast met het toezicht op de naleving van de invullingsplicht.

*Naam van de overledene niet vermelden*

## a Gemeente van overlijden

### Plaats van overlijden

- ziekenhuis  
 psychiatrisch ziekenhuis  
 verpleeghuis  
 thuis  
 verzorgingshuis  
 elders  
 overige instellingen  
 onbekend

## b Sectie

- vindt niet plaats  
 is verricht  
 wordt nog verricht  
 onbekend

### Onderzoekingen

Welke onderzoekingen, al dan niet postmortaal, zijn/worden verricht?

*(bijv. histologisch of microbiologisch onderzoek)*

## c Geslacht

- mannelijk  
 vrouwelijk

### Leeftijd

- 28 dagen of ouder

geboortedatum  
dag mnd. jaar

overlijdensdatum  
dag mnd. jaar

- jonger dan 28 dagen

geboortedatum geboortetijd  
dag mnd. jaar uur min.

overlijdensdatum overlijdenstijd  
dag mnd. jaar uur min.

duur zwangerschap  
weken

geboortegewicht lengte  
gram cm

## d Natuurlijke dood *(zie toelichting ommezijde)*

1a Ziekte die **rechtstreeks** de dood tot gevolg had

duur tussen begin ziekte en overlijden

1b Ziekten die hebben geleid tot de doodsoorzaak onder a.  
+ Bij vermelding van meerdere ziekten de aan het overlijden ten grondslag liggende ziekte onder c opgeven.

b veroorzaakt door/gevolg van

duur tussen begin ziekte en overlijden

c veroorzaakt door/gevolg van

duur tussen begin ziekte en overlijden

2 Bijkomstige, bij overlijden nog bestaande ziekten en bijzonderheden die tot de dood hebben bijgedragen, doch niet met de onder 1 genoemde ziekten in causaal verband staan.

duur tussen begin ziekte en overlijden

## e Niet-natuurlijke dood, incl. levensbeëindigend handelen

- Oorzaak  zelfdoding  ongeval  
 misdrijf  onbekend of anders

Omstandigheden die tot de niet-natuurlijke dood hebben geleid  
*(bijv. bromfietser door auto aangereiden, van trap gevallen, overboord geslagen bij aanvaring, bij stotzuigen door elektrische stroom getroffen, bij grondwerk door zand bedolven, vergiftiging)*

Aard van het letsel

*(bijv. schedelbasisfractuur, borstkas ingedrukt)*

Plaats van de gebeurtenis

*(bijv. thuis, in fabriek of op werkplaats, op straat, aan boord, op het land, aan het strand)*

### Levensbeëindigend handelen

*(hiemee wordt niet bedoeld staken of niet-instellen van levensverlengende handelingen, noch pijnbestrijding met als neveneffect eerder overlijden)*

- euthanasie  
*(toedienen van middel met uitdrukkelijk doel patiënt te laten overlijden op verzoek patiënt)*  
 hulp bij zelfdoding  
*(verstrekken of voorschrijven van middel met uitdrukkelijk doel patiënt te laten overlijden op verzoek patiënt)*  
 anders

Wat was de onderliggende ziekte?

*(zie toelichting ommezijde)*

duur tussen begin ziekte en overlijden

deze ruimte niet beschrijven s.v.p.



06299547



## f Doodgeboren

mannelijk

vrouwelijk

duur zwangerschap

weken

geboortegewicht

gram

datum partus

dag

mnd.

jaar

Doodsoorzaak

Aangifte is verplicht voor een na een zwangerschapsduur van tenminste 24 weken ter wereld gekomen vrucht (art. 2 en art. 12A van de Wet op de lijkbezorging van 22 mei 1991).

Definitie doodgeborene: de na een zwangerschapsduur van tenminste 24 weken ter wereld gekomen vrucht, welke na de geboorte geen enkel teken van levensverrichting heeft vertoond.

Eventuele complicaties tijdens zwangerschap of bevalling

## g Opmerkingen

Deze ruimte is bestemd voor vermelding van eventuele bijzonderheden die nog niet eerder zijn vermeld (lokalisatie en/of histologie van een gezwel, indicatie voor een diagnostische of operatieve ingreep) en verder elke toelichting die van belang kan zijn voor een zo nauwkeurig mogelijke rubricering van de doodsoorzaak, zoals een partus of abortus binnen de 365 dagen voorafgaand aan het overlijden.

## h Naam en correspondentie-adres van de geneeskundige die het formulier invult

naam

eventueel naam instelling

specialisme

straat + nummer

postcode

plaats

- Als:
- behandelend geneeskundige
- gemeentelijk lijkschouwer
- geneeskundige aangewezen door de Officier van Justitie
- waarnemer

N.B. Ingeval deze doodsoorzaakverklaring niet is afgegeven door de behandelend geneeskundige, hieronder diens personalia vermelden.

naam

eventueel naam instelling

specialisme

straat + nummer

postcode

plaats

handtekening

datum

## Toelichting (zie ook [www.cbs.nl/doodsoorzaakverklaring](http://www.cbs.nl/doodsoorzaakverklaring))

### vraag d

In het geval van een natuurlijke dood, dient u onder 1a de ziekte te vermelden die rechtstreeks de dood tot gevolg had. Onder 1b en 1c dienen de ziekten te worden vermeld die hebben geleid tot de onder 1a genoemde doodsoorzaak. Het onderliggend lijden dient het laatst, onder 1c, te worden vermeld. Termen die symptomen aanduiden (bijv. astma cardiale, insufficiëntia cordis, verlamming, enz.) dienen in ieder geval bij het onderliggend lijden zoveel mogelijk te worden vermeden. Indien u de noodzaak daartoe toch aanwezig acht, gelieve u daarvan een omschrijving te geven onder g.

#### Voorbeeld 1

- 1a LONGEMBOLIE
- b OPERATIE VOOR PANCREATITIS
- c
- 2 MYODEGENERATIO CORDIS

#### Voorbeeld 2

- 1a LEVERINSUFFICIËNTIE
- b LEVERMETASTASEN
- c MAAGCARCINOOM
- 2 ZIEKTE VAN PARKINSON

#### Voorbeeld 3

- 1a UREMIE
- b URINERETENTIE
- c HYPERPLASIE PROSTAAT
- 2 DIABETES MELLITUS

#### Voorbeeld 4

- euthanasie
- LONGCARCINOOM

deze ruimte niet beschrijven s.v.p.

06299547





## Verklaring van overlijden

(art. 7, lid 1, Wet op de lijkbezorging)

aktenummer:

De ondergetekende  
arts te

verklaart te zijn behandeld arts

van

geboren op

te

(naam en voornamen voluit),

gewoond hebbende te

overleden op

;

wonende te

uit wie op

een

te

<sup>3)</sup> dood is geboren;

verklaart het lijk persoonlijk te hebben geschouwd;

verklaart er van overtuigd te zijn, dat de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak is ingetreden;

datum:

ondertekening:

Krachtens artikel 6, tweede lid, Wet op de lijkbezorging is het de behandelend arts niet toegestaan als lijkschouwer op te treden, indien tussen hem en de overledene of de moeder van de doodgeborene bloed- of aanverwantschap tot in de derde graad of huwelijk of geregistreerd partnerschap bestond of bestaat.

1) Doorhalen hetgeen niet van toepassing is.

2) Invullen zoon of dochter

# GENEESKUNDIGE VERKLARING



Medical certificate/ Déclaration médicale/ Ärztliche Erklärung/ Declaración médica

Gemeente  
Municipality / commune de / Gemeinde / municipio de

Datum  
date / Datum / fecha

De ondergetekende  
I, undersigned, / Le soussigné, / Der Unterzeichnete, / El suscrito,

Lijkschouwer van de gemeente  
medical examiner of the municipality of / médecin des morts de la commune de /  
Leichenbeschauer der Gemeinde / médico que hace la autopsia del municipio de

verklaart, dat het lichaam van  
certifies that the body of / déclare, que le corps de / erklärt hiermit, dass der Leichnam von / declara, que el cuerpo muerto de

naam en voornamen surname and christian names / noms et prénoms / Name und Vornamen / apellido y nombres	<input type="text"/>
--	----------------------

geboorteplaats date of birth / lieu de naissance / geboren in / lugar de nacimiento	<input type="text"/>
---	----------------------

datum van overlijden date of death / date de décès / verstorben am / fecha de fallecimiento	<input type="text"/>
---	----------------------

plaats van overlijden place of death / lieu de décès / verstorben in / lugar de fallecimiento	<input type="text"/>
---	----------------------

overeenkomstig de voorschriften vna de Internationale Overeenkomst betreffende het vervoer van lijken in de kist is gelegd en dat de kist is voorzien van onderstaand lakzegel;  
verklaart, dat uit hygiënisch of medisch oogpunt geen bezwaar bestaat tegen het vervoer van bedoeld lichaam

has been laid in the coffin in accordance with the provisions of the International Convention relative to the transhipment of dead bodies,  
and that the coffin has been sealed with was like the seal shown below;  
certify that there are no hygienic or medical objections to the transhipment of the said body

a été mis en bière conformément aux prescriptions de la Convention Internationale relative au transport des corps et que la bière a été  
munie du cachet de cire ci-dessous;  
déclare, qu'il n'existe pas d'objections du point de vue médical ou hygiénique contre le transport de ce corps

unter Beachtung der Vorschriften des Internationalen Vertrags betr. des Transports von Leichen in den Sarg gelegt un dass dieser mit dem  
nachstehenden Lacksiegel versehen wurde;  
dass vom hygienischen oder medizinischen Standpunkt aus gesehen keine Bedenken vorliegen gegen die Überführung des fraglichen  
Leichnams

ha sido metido en la cja y que la caja ha sido del timbre de sellar abajo indicdo, conforme las prescripciones del Convenio Internacional  
referente al transporte de cadavres;  
declara, que desde el punto de vista higienico o médico no hay ningún inconveniente el transporte de dicho cuerpo muerto

van (plaats van vertrek) from (place of origin) / de (lieu de départ) / von (Abgangsort) / de (lugar de salida)	<input type="text"/>
---	----------------------

naar (plaats van bestemming) to (destination) / à (lieu de destination) / nach (Bestimmungsort) / a (lugar de destino)	<input type="text"/>
--	----------------------

Afdruk van het lakzegel  
wax-seal / empreinte du cachet de cire /  
Abdruck des Lacksiegels / timbre de sellar

ondertekening  
signature / Unterschrift / firma

ISLAND



# Dánarvottorð

## Samkvæmt lögum um dánarvottorð, krufningar o.fl., nr. 61 12. júní 1998

Læknir skal rita dánarvottorð fyrir hvern mann er deyr hér á landi

Ritlist með prentatöfum eða véritist

Fullt nafn hins látna (Ef barn deyr áður en því er gefið nafn skal rita: stúlka eða drengur og nafn móður)

Kennitala

Atvinna (Aðalvinna á starfsævi)

Hjúskaparstétt

Ógift/ókvæntur

Ekkja/ekkill

Skilin(n) að borði og sæng

Staðfest samvist

Óvígð sambúð

Gift/kvæntur

Samvistum slitið

Skilin(n) að lögum

Lögheimili við andlát

Dánarstaður (Tilgreint nákvæmlega, t.d. heimili hins látna, heilbrigðisstofnun (hvaða), vinnustaður eða annar staður. Um fundið lík skal geta staðans)

Dánardægur (Ef barn dó innan sólarhrings frá fæðingu skal rita hversu mörgum stundum eftir fæðingu látið bar að)

Dánardægur ókunnugt (Um fundið lík skal rita þann dag sem það fannst)

### Heimild læknis til útgáfu dánarvottorðs

Dánarvottorð ritar sá læknir sem skoðar líkið eða sá sem ber ábyrgð á að það sé gert, sbr. 2. gr. laga nr. 61/1998. Hafi læknir tilkynnt lögreglu andlát, vegna tilvika er um getur í 3. gr. laganna, má ekki rita dánarvottorð fyrr en lögreglan hefur ákveðið að ekki sé ástæða til réttarlæknisfræðilegrar líkskoðunar eða réttarkrufningar. Ef réttarlæknisfræðileg líkskoðun er gerð skal dánarvottorð ritað af læknum sem tók þátt í skoðuninni. Læknir sem framkvæmir réttarkrufningu ritar dánarvottorð. – Fyrir andvana fætt barn skal ekki rita dánarvottorð en um fæðinguna skal tilkynnt til Hagstofu Íslands.

Skráð eftir bestu vitund

Undirritun læknis

Dagsetning

Læknisnúmer

### Meðferð dánarvottorðs eftir útgáfu læknis

Dánarvottorð skal afhent venslamanni hins látna. Venslamaður afhendir dánarvottorðið sýslumanni í því umdæmi þar sem hinn látni átti lögheimili á dánardægri eða ætla má að dánarbúi hans verði skipt samkvæmt ákvæðum laga um skipti á dánarbúum o.fl. Eigi þetta ekki við, t.d. vegna búsetu hins látna erlendis, skal afhenda dánarvottorðið sýslumanni í því umdæmi þar sem útför hins látna verður gerð. – Verði lík flutt úr landi ber sá sem það flytur ábyrgð á að dánarvottorð sé afhent sýslumanni í því umdæmi þar sem maðurinn lést. Sýslumaður afhendir flutningsaðila staðfest afrit dánarvottorðs og skal það fylgja líkinu til viðtakanda erlendis. Ekki má flytja lík úr landi nema þessu skilyrði sé fylgt.

Dagsetning sýslumanns fyrir móttöku dánarvottorðs

### Heimild sýslumanns til útfarar

Sýslumaður afhendir venslamanni staðfestingu þess að andlát hafi verið tilkynnt og má ekki gera útför nema sá sem hana annast hafi fengið slíka staðfestingu.

Sýslumaður sendir dánarvottorð svo fljótt sem kostur er til Hagstofu Íslands

Undirritun sýslumanns og embættisstimpill

Dagsetning

Dánarvottorð má ekki opna fyrr en það er gert í Hagstofunni til skýrslugerðar um dánarorsakir hér á landi

## Skráist af Hagstofu Íslands

						Ytri orsakir	Staðfesting

### Dánarmeln

### Skráist af lækni

Tíminn frá upphafi sjúkdóms eða ástands (u.p.b.) og þar til dauða bar að (ár, mán., dagar, klst.)

**I**

<b>A</b>	sjúkdómur eða ástand sem leist bein orsök dauða	
<b>B</b>	orsök eða undirrót (A)	
<b>C</b>	orsök eða undirrót (B)	
<b>D</b>	orsök eða undirrót (C)	

**II** Annað ástand, óskýlt, en samverkandi að dauða (nefna má fleira en eitt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Læknisaðgerð síðasta árið fyrir andlát

Nei  Já → Ástæða aðgerðar \_\_\_\_\_

Tegund aðgerðar \_\_\_\_\_ Hvenær gerð \_\_\_\_\_

### Dánaratvik

Eðlilegur dauðdagi  Sjálfsvíg  Manndráp  Fundið lík  Ekki vitað  Annað \_\_\_\_\_

Slys Slysstaður, staðsetning (hús, gata, sveitarfélag o.s.frv.) \_\_\_\_\_

Vettvangur slyss (t.d. heimil, vinnustaður, stofnun, byggingarsvæði, umferðargata, viðavangur) \_\_\_\_\_

Við hvaða athöfn (t.d. vinna og þá hver, umferð og getið farartækis, íþróttir og þá hverjar) \_\_\_\_\_

Nánara um eðli og tildrög slyss (t.d. bílstoð, farþegi (hvar í bílinum), undir áhrifum vinnuglafa (hvaða), fall á jafnséttu eða úr hæð) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Heimildir læknis við útgáfu dánarvottorðs

Sá hinn látna í banalegunni  Nei  Já Hvenær síðast \_\_\_\_\_

Sá líkið  Nei  Já Hvenær \_\_\_\_\_

Vottorð skrifað eftir skýrslu annarra  Nei  Já Hverra \_\_\_\_\_

Andlát tilkynnt lögreglu  Nei  Já Hvaða embætti \_\_\_\_\_ Hvenær \_\_\_\_\_

Réttarlæknisfræðileg líkskoðun  Nei  Já Hvar gerð \_\_\_\_\_ Hvenær \_\_\_\_\_

Krufning  Nei  Já  Læknisfræðileg  Réttarkrufning Hvenær \_\_\_\_\_

### Eru frekarl rannsóknarniðurstöður væntanlegar?

Nei  Já → Hverjar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Niðurstaða krufningar eða rannsóknar

Breyttist dánarorsök við krufningu eða rannsókn?  Nei  Já → Hvernig \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Undirritun hlutaðeigandi læknis

Dagsetning

Læknisnúmer

# Death Certificate

## In accordance with the Death Certificate and Autopsy Act, No. 61 12 June 1998

A physician shall complete a death certificate for every person who dies in Iceland

Please print or typewrite

Full name of the deceased (In case of death of an unnamed child enter: girl or boy and the mother's full name)

Identification number

Occupation (Main occupation during working life)

Marital status

Unmarried

Widow/widower

Judicially separated

Registered partnership

Cohabiting

Married

Separated

Divorced

Domicile at time of death

Place of death (Specify accurately, e.g. the home of the deceased, health institution (which?), place of work or some other place. In case of discovered body, specify the site concerned)

Date of death (In case a newborn child dies within 24 hours of birth, specify how many hours after birth)

Date of death unknown (In case of discovered body, enter the day of discovery)

### Physician's authorization to issue a death certificate

A death certificate is to be completed by the physician examining the body of the deceased or the physician responsible for such an examination, cf. Art. 2 of Act No. 61/1998. In case a physician has reported a death to the police in relation to circumstances specified in Art. 3 of the said Act, a death certificate must not be completed until the police have established that there are no grounds for a medico-legal examination or medico-legal autopsy. If a forensic examination is conducted, the death certificate shall be completed by the physician who participated in the examination. A physician who performs a medico-legal autopsy completes the death certificate concerned. – In case of stillbirths a death certificate shall not be completed although the birth must be reported to Statistics Iceland.

Recorded to the best of my knowledge

Signature of Physician

Date

Physician's Code

### Procedure regarding a death certificate following issue by a physician

A death certificate shall be given to a relative of the deceased. The relative delivers the death certificate to the District Commissioner in the District where the deceased was domiciled at his or her date of death or where his or her estate will presumably be administered according to law. In case this does not apply, for instance because the deceased person was a foreign resident, the death certificate shall be delivered to the District Commissioner of the District where the funeral of the deceased will take place. – If the body of a deceased person is to be transported abroad, the person transporting it is responsible for delivering the death certificate to the District Commissioner of the District where the person died. The District Commissioner gives that person a certified copy of the death certificate, which must be brought with the body to its recipient abroad. A body must not be transported from Iceland unless this condition has been met.

Date of District Commissioner's reception of death certificate

### District Commissioner's authorization for a funeral

The District Commissioner must give to a relative a confirmation that the death concerned has been notified and a funeral cannot take place unless the person responsible has received such a notification.

The District Commissioner must forward a death certificate to Statistics Iceland as soon as possible

Signature and stamp of the District Commissioner

Date

**To be completed by Statistics Iceland**

I					Principal cause of death	External causes	Confirmation
	II						

**To be completed by a physician**

**Cause of death**

Time from onset of disease or condition (app.) until death occurred (yrs, months, days, hrs)

I **A** disease or condition directly leading to death

**B** due to (or as a consequence of) A

**C** due to (or as a consequence of) B

**D** due to (or as a consequence of) C

II Other, but not related, condition contributing to death (more than one condition can be listed)

**Operation in the year preceding death**

No  Yes → Reason for operation \_\_\_\_\_  
 Type of operation \_\_\_\_\_ Date of operation \_\_\_\_\_

**Circumstances of death**

Normal death |  Suicide |  Manslaughter |  Body discovered |  Not known |  Other \_\_\_\_\_

Accident Place of accident, location (house, street, municipality etc.) \_\_\_\_\_

Site of accident (e.g. home, workplace, institution, construction site, traffic street, open area) \_\_\_\_\_

During what type of activity (e.g. while working, driving, in what type of vehicle, sports, what kind of sports)? \_\_\_\_\_

Closer detail on the nature of and circumstances leading to the accident (e.g. driver, passenger (location in car), under the influence of intoxicants (what kind?), fall on even ground or from a height) \_\_\_\_\_

**Physician's sources for issuing a death certificate**

Saw the deceased on his or her deathbed  No  Yes When the last time? \_\_\_\_\_

Saw the body of the deceased  No  Yes When? \_\_\_\_\_

Certificate based on someone else's report  No  Yes Whose report? \_\_\_\_\_

Death reported to the police  No  Yes Which office? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_

Medico-legal examination  No  Yes Performed where? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_

Autopsy  No  Yes  Clinical  Medico-legal When? \_\_\_\_\_

**Are further results from laboratory examinations expected?**  No  Yes → Which ones? \_\_\_\_\_

**Result of autopsy or examination**

Did the autopsy or examination change the cause of death?  No  Yes → How? \_\_\_\_\_

Signature of physician concerned

Date

Physician's Code

ITAALIA





LEEDU

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	ĮOK
	0642047
įstaigos pavadinimas	<b>Forma Nr. 106-2-1/a</b>
<b>MEDICININIO PERINATALINĖS MIRTIES LIUDIJIMO</b> Nr. ....	PATVIRTINTA
(galutinio, laikino, vietoje .....Nr. ....) <b>ŠAKNELĖ</b>	Sveikatos apsaugos ministro 2000 12 11 įsakymu Nr. 719

Liudijimo išrašymo data ..... (metai, mėnuo, diena)      Negyvagimis –      Mirė pirmąją gyvenimo savaitę - 2

- Motinos vardas, pavardė
- Mirusiojo vardas, pavardė
- Gimimo data      4. Mirties data
- Mirė (pabraukti): stacionare, ..... (irašyti)      namuose, kitur
- Motinos nuolatinė gyvenamoji vieta: ..... (adresas)
- Medicininį perinatalinės mirties liudijimą užpildė gydytojas ..... (vardas, pavardė)      (parašas)
- Medicininį perinatalinės mirties liudijimą gavau ..... (vardas, pavardė)      (parašas)  
..... (adresas)  
-----  
kirpimo linija

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	ĮOK
	0642047
įstaigos pavadinimas	<b>Forma Nr. 106-2-1/a</b>
<b>MEDICININIS PERINATALINĖS MIRTIES LIUDIJIMAS</b> Nr. ....	PATVIRTINTA
(galutinio, laikino, vietoje .....Nr. ....)	Sveikatos apsaugos ministro 2000 12 11 įsakymu Nr. 719

Liudijimo išrašymo data ..... (metai, mėnuo, diena)      Negyvagimis –      Mirė pirmąją gyvenimo savaitę - 2

- Mirusiojo vardas, pavardė .....      Kodo vieta
- Lytis (pabraukti): vyriška -1, moteriška - 2      2.
- Gimimo data: .....metai ..... mėnuo. .....diena. ....val.      4.
- Gimimo vieta (pabraukti): stacionare - 1 ..... (irašyti)      namuose - 2, kitur - 3
- Naujagimio mirties data: .....metai ..... mėnuo. .....diena. ....val.      6.   
(negyvagimiui nepildoma)
- Mirties (vaisiaus žūties) vieta (pabraukti): stacionare - ..... (irašyti)      namuose - 2, kitur – 3
- Motinos vardas, pavardė ..... (irašyti)      gimimo data
- Asmens kodas      AK 

4																			
metai	mėnuo	diena																	
- Šeiminė padėtis (pabraukti): ..... 7.2.   
ištekėjusi -1, santuoka neįregistruota - 2, neištekėjusi - 3, išsituokusi - 4, našlė - 5
- Motinos išsilavinimas (pabraukti): ..... 7.3.   
pradinis - 1, pagrindinis - 2, vidurinis - 3, aukštesnysis - 4, aukštasis - 5
- Motinos nuolatinė gyvenamoji vieta: gatvė, namo, buto Nr. ....  
miestas ..... savivaldybė ..... seniūnija ....  
kaimas ..... valstybė (užsienietėms) .....
- miestas - 1, kaimas - 2      8.1.
- Kelintas gimdymas ..... (irašyti)      10. Nėštumo trukmė ..... sav. (irašyti)
- Naujagimis (negyvagimis) gimė (pabraukti):
- 11.1. vienas - 1, pirmas iš dvynių - 2, antras iš dvynių - 3, esant daugiavaisiam nėštumui - 4      11.1.
- 11.2. svoris ..... g      11.3. ūgis ..... cm
- 11.4. išnešiotas - 1, neišnešiotas - 2, pernešiotas - 3      11.4.

9. Perinatalinės mirties priežastys

Kodo vieta

a) .....

9a

h).

9b

c).

9c

d).

9d

e).

9e

kirpimo linija

12. Perinatalinės mirties priežastys (nurodyti vieną ligą):

a) pagrindinė liga ar būklė, lėmusi naujagimio mirtį .....

12a

b) kita naujagimio liga ar būklė, sąlygojusi mirtį

12b

c) pagrindinė motinos liga ar būklė (placentos būklė), lėmusi naujagimio mirtį

12c

d) kitos motinos ligos ar būklės (placentos būklė), sąlygojusi naujagimio mirtį

12d

e) kitos būklės

12e

13. Perinatalinės mirties priežastis (pabraukti): liga - 1, nelaimingas atsitikimas - 2, žmogžudystė - 3, nenustatyta - 4

13.

14. Perinatalinės mirties liudijimą užpildė:

14.

gydęs gydytojas, apžiūrėjęs mirusį ir konstatavęs mirtį - 1,

kitas gydytojas, apžiūrėjęs mirusį ir konstatavęs mirtį - 2,

gydęs gydytojas, remdamasis medicinine dokumentacija ir mirusį apžiūrėjusio kito gydytojo išvada -

3,

patologas, atlikęs autopsiją - 4,

teismo medicinos ekspertas:

atlikęs autopsiją -5, remdamasis išorine mirusiojo apžiūra - 6, kitomis aplinkybėmis (jas paaiškinant) - 7

15. Gydytojas, konstatavęs mirtį

..... (pareigos) (vardas, pavardė) (parašas)

16. Gydytojas, užpildęs medicininį perinatalinės mirties liudijimą

..... (pareigos) (vardas, pavardė) (parašas)

17. Civilinės metrikacijos įstaigoje medicininį perinatalinės mirties liudijimą patikrinęs gydytojas, atsakingas už kokybišką užpildymą ir teisingą mirties priežasties nurodymą mirties akte

..... (data) ..... (pareigos) ..... (vardas, pavardė) ..... (parašas)

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	JK
<i>įstaigos pavadinimas</i> <b>MEDICININIO MIRTIES LIUDIJIMO</b> (galutinio, laikino, vietoje ..... Nr. .... ) <b>ŠAKNELĖ</b>	0642041
	Forma Nr. 106/a

Liudijimo išrašymo data \_\_\_\_\_ metai \_\_\_\_\_ mėnuo \_\_\_\_\_ diena

1. Mirusiojo vardas, pavardė \_\_\_\_\_
2. Gimimo data \_\_\_\_\_ 3. Mirties data \_\_\_\_\_  
*metai, mėnuo, diena* *metai, mėnuo, diena*
4. Nuolatinė gyvenamoji (registracijos) vieta \_\_\_\_\_  
*metai, mėnuo, diena*
5. Mirties liudijimą išdavė gydytojas \_\_\_\_\_  
*data*
6. Medicininį mirties liudijimą gavau \_\_\_\_\_  
*data*

KIRPIMOLINJA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	JK
<i>įstaigos pavadinimas</i> <b>MEDICININIS MIRTIES LIUDIJIMAS</b> (galutinio, laikino, vietoje ..... Nr. .... )	0642041
	Forma Nr. 106/a

Liudijimo išrašymo data \_\_\_\_\_ metai \_\_\_\_\_ mėnuo \_\_\_\_\_ diena

1. Mirusiojo vardas, pavardė \_\_\_\_\_

V - 3

M-4	metai	mėn	diena						

2. Lytis: vyr.-3, mot.-4 2.
3. Gimimo data \_\_\_\_\_ 3.   
*metai, mėnuo, diena*
4. Mirties data \_\_\_\_\_ 4.   
*metai, mėnuo, diena*
5. Naujagimis, miręs nuo 7 iki 28 parų. 5.1   
5.1 išnešiotas - 1, neišnešiotas - 2  
5.2 masė \_\_\_\_\_ g 5.2
6. Mirusysis buvo įrašytas: 6.2   
6.1 adresas \_\_\_\_\_  
6.2 mieste - 1 kaime - 2
7. Mirties vieta: 7.1   
7.1 ligoninė - 1, namai -2, kita -3  
7.2 adresas \_\_\_\_\_ 7.2
8. Gydytojo nuomone, miręs dėl: ligos - 1, nelaimingo atsitikimo - 2, savižudybės - 3, nužudytas - 4, nenustatytos priežasties - 5. 8.
9. Jeigu mirties priežastis nelaimingas atsitikimas, nurodyti: 9.1   
9.1 susijęs su gamyba - 1, nesusijęs - 2, nenustatyta - 3  
9.2 transporto trauma - 1, paskendo - 2, sudegė - 3, apsinuodijo alkoholiu arba surogatais - 4 9.2
10. Įvykio laikas, vieta ir aplinkybės: \_\_\_\_\_

7. Mirties priežastys:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

7.

8. Kitos svarbios ligos \_\_\_\_\_

8.

KIRPIMO LINIJA

11. Mirties priežastys:

- (a) Tiesioginė mirties priežastis \_\_\_\_\_
- (b) Tarpinė mirties priežastis \_\_\_\_\_
- (c) Tarpinė mirties priežastis \_\_\_\_\_
- (d) Pagrindinė liga (trauma), sukėlusį mirtį \_\_\_\_\_

11.

12. Kitos svarbios pataloginės būklės, sąlygojusios mirtį, bet nesusijusios su pagrindine mirties priežastimi \_\_\_\_\_

12.

13. Mirties liudijimą išdavė: gydęs gydytojas, apžiūrėjęs mirusį ir konstatavęs mirtį - 1; kitas gydytojas apžiūrėjęs mirusį ir konstatavęs mirtį - 2; gydęs gydytojas, remdamasis medicinine dokumentacija ir mirusį apžiūrėjusio kito gydytojo išvada - 3; patalogoanatomas, atlikęs autopsiją - 5, remdamasis išorine mirusio apžiūra - 6; kitokiomis aplinkybėmis (jas paaiškinant) - 7 \_\_\_\_\_

13.

14. Gydytojas, apžiūrėjęs mirusį, bet neišdavęs mirties liudijimo

\_\_\_\_\_  
*pareigos*

\_\_\_\_\_  
*v. pavardė*

15. Gydytojas, išdavęs mirties liudijimą

\_\_\_\_\_  
*pareigos*

\_\_\_\_\_  
*parašas*

\_\_\_\_\_  
*v. pavardė*

15.1 Mirties atvejis teritorinėje gydymo įstaigoje apsvartytas, neapsvartytas (pabraukti)

16. Civilinės metrikacijos skyriuje mirties liudijimą patikrinęs gydytojas, atsakingas už kokybišką medicininio mirties liudijimo užpildymą ir teisingą mirties priežasties įrašymą mirties akte

\_\_\_\_\_  
*data*

\_\_\_\_\_  
*pareigos*

\_\_\_\_\_  
*parašas*

\_\_\_\_\_  
*v. pavardė*

LÄTI

PASAKNIS APLIECĪBAI PAR NĀVES IESTĀŠANOS Nr. \_\_\_\_\_

(veidlapa Nr. 106/u - 97)

(galīgā, pagaidu, Nr. \_\_\_\_\_ vietā)

1. Mirušā uzvārds, vārds \_\_\_\_\_

2. Dzimšanas datums \_\_\_\_\_ 3. Miršanas datums \_\_\_\_\_

Apliecību par nāves iestāšanos izsniedzis ārsts (feldšeris) \_\_\_\_\_

19\_\_ g. "\_\_\_" \_\_\_\_\_ Saņēmēja paraksts \_\_\_\_\_

----- Gri ez u m a l i n i j a -----

( iestādes nosaukums )	<b>MEDICĪNISKĀ DOKUMENTĀCIJA</b>								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>									Veidlapa Nr. 106/u - 97 Apstiprināta ar LR Labklājības ministrijas 1997. gada 12. februāra rīkojumu Nr. 64

APLIECĪBA PAR NĀVES IESTĀŠANOS Nr. \_\_\_\_\_

(galīgā, pagaidu, Nr. \_\_\_\_\_ vietā)

Izsniegšanas datums 19\_\_ g. "\_\_\_" \_\_\_\_\_

1. Mirušā uzvārds, vārds \_\_\_\_\_

2. Personas kods \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. Dzimums: vīrietis - 1, sieviete - 2

4. Dzimšanas datums (gads, mēnesis, diena)

gads				mēnesis			diena		

5. Miršanas datums (gads, mēnesis, diena)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Mirušā pastāvīgā dzīves vieta

valsts \_\_\_\_\_

rajons \_\_\_\_\_ pilsēta vai pagasts \_\_\_\_\_

adrese \_\_\_\_\_

7. Miršanas vieta \_\_\_\_\_

valsts \_\_\_\_\_

rajons \_\_\_\_\_ pilsēta vai pagasts \_\_\_\_\_

adrese \_\_\_\_\_

nāve iestājās stacionārā-1, dzīves vietā-2, citā vietā-3, nav zināms-4

8. Nāve no: slimības-1, nelaimes gadījuma ārpus darba-2, nelaimes gadījuma darba-3, slepkavības-4, pašnāvības-5, nāves veids nav noteikts-6

9. Nāves cēloni noteica: ārsts, kurš tikai konstatēja nāvi-1, ārsts, kurš mirušo arsteja-2, patologanatoms-3, tiesu medicīnas eksperts-4, feldšeris-5



Nāves cēlonis \_\_\_\_\_

I

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

II

----- Griozuma līnija -----

10. Es., ārsts (feldšeris) \_\_\_\_\_

(uzvārds, vārds)

paraksts

apliecinu, ka,

pamatojoties uz līķa apskati-1, lrakstiem medicīniskā dokumentācijā-2, iepriekšēju izmeklēšanu-3, sekciju-4

esmu noteicis patoloģisko procesu (stāvokļu) secību, kas novedusi pie nāves, un ir konstatēts:

I a)

Tiešais nāves iemesls. (Nāves cēloni - pamatslimību vai traumu, kas izraisījusi tiešo nāves iemeslu, norāda I c rindā)

I b)

Ar nāves cēloni patoģenētiski saistīta slimība (komplikācija)

I c) Nāves cēlonis (pamatslimība vai trauma, kuras beigu stadija ir tiešais nāves iemesls I a rindā)

II Citas svarīgas slimības vai stāvokļi (ieskaitot alkohola intoksikāciju), kas veicinājušas nāves iestāšanos, bet nav saistītas ar nāves pamatcēloni vai tā sarežģījumiem

11. Ķirurģiskas operācijas mirušā pēdējās slimības periodā: (jā, nē) \_\_\_\_\_

Operācijas datums \_\_\_\_\_

gads, mēnesis, diena

Operācijas nosaukums \_\_\_\_\_

12. Traumas (saindēšanās) datums \_\_\_\_\_

gads, mēnesis, diena

Vieta un apstākļi, kādos notika trauma (saindēšanās) vai nelaimes gadījums: \_\_\_\_\_

Iestādes  
zīmogs

Ārsta vai feldšera paraksts  
un personīgais zīmogs

Papildinājumiem: \_\_\_\_\_



Perinatālās nāves cēlonis:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

----- Griestuma līnija -----

14. Bērns (auglis) piedzima: vienaugļa dzemdībās-1, pirmais no diviņiem-2, otrs no diviņiem-3, daudzaugļu dzemdībās-4 (pasvītrot)

15. Bērna (augļa) svars piedzimstot  gramī 18. Bērna (augļa) garums \_\_\_\_\_ cm.

16. Bērns (auglis) piedzima: iznēsāts-1, neiznēsāts-2, pārnēsāts-3 (pasvītrot)

17. Bērns (auglis) piedzima: macerēts-1, asfiksijā-2 (pasvītrot)

18. Bērna (augļa) nāve iestājās: līdz dzemdību darbības sākumam-1, dzemdību laikā-2, pēc dzemdībām-3, nav zināms-4 (pasvītrot)

19. Bērna (augļa) nāve iestājās no: slimības-1, nelaimes gadījuma-2, slepkavības-3, nāves veids nav noteikts-4 (pasvītrot)

20.a Bērna (augļa) nāves cēlonis (pamatslimība vai trauma, jānorāda viena)

20.b Citas bērna (augļa) slimības un stāvokļi \_\_\_\_\_

20.c Mātes slimība vai stāvoklis (placentas stāvoklis), kas izraisīja vai veicināja bērna (augļa) nāves

cēloni \_\_\_\_\_

20.d Mātes citas slimības vai stāvokļi (placentas stāvoklis), kas veicināja bērna (augļa) nāvi

\_\_\_\_\_

20.e Citi apstākļi \_\_\_\_\_

21.a Nāves (negzivi dzimšanas) cēloni noteica: ārsts, kurš tikai konstatēja nāvi-1, ārsts, kurš pieņēma dzemdības-2, ārsts, kurš bērnu ārstēja-3, patologanatoms-4, tiesu medicīnas eksperts-5 (pasvītrot)

21.b pamatojoties uz liķa apskati -1, ierakstiem medicīniskā dokumentācijā-2, iepriekšēju izmeklēšanu-3, sekciju-4 (pasvītrot)

22. Ārsta paraksts un personīgais zīmogs

\_\_\_\_\_   
 Iestādes   
 zīmogs

Papildinājumiem: \_\_\_\_\_

NORRA

Fastsatt av Sosialdepartementet 1983

# Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall

Jfr. lov om leger av 13/6 1980 §§ 40 og 41.

Blanketten fylles ut i samsvar med rettledningen på baksiden og leveres rekvisenten (den som har plikt til å melde dødsfallet) i forseglede konvolutt som i byene adresseres til skifteretten og på landet til lensmannen på dødsstedet. Kopi av legeerklæringen sendes den lokale politimyndighet, hvis dødsfallet kan være unaturlig. (Se rettledning på baksiden.)

Avdodes slektsnavn, for og mellomnavn		Kjønn 1 M 2 K	Født dag, mnd., ar	Personnr.	Fylles ut av Statistisk Sentralbyrå
Bosted, kommune	gate og husnr.	postadresse			
Dødssted, kommune	Død utenfor institusjon 1: Hjemme    2: Annet stec		3: Under transport til sykehus	4: Dod i sykehus eller annen institusjon	
For døde i sykehus eller annen institusjon: Institusjonens navn				Dod dag, mnd., ar	
Hvis sykehus: Avdeling. For annen institusjon. Type institusjon					
Yrke (eget, eventuelt forsorgerens)					
Ekteskapelig status 1 Ugift    2 Gift    3 Enke-mann    4 Skilt    5 Separert		For barn døde innen 24 timer etter fødselen. Hvor lenge varte livet?		Timer	Minutter
Navn og adresse på den lege som har behandlet avdøde under siste sykdom					

## Opplysning om dødsårsaken

Alle rubrikker må fylles ut. (Se rettledning på baksiden.)

I. Sykdom eller tilstand som direkte (umiddelbart) har ført til døden. (Her skal ikke fores døds måten f.eks. hjertesvikt, hjertelammelse, asteni, men den sykdom, skade eller komplikasjon som umiddelbart fremkalte døden.)				Omtrentlig tid mellom sykdommens begynnelse og døden	
a) _____ som skyldtes (var en følge av)					
b) Oppgi den eller de sykelige tilstander, skader eller misdannelser som har ført til (la bak) den dødsårsak som er nevnt ovenfor. Den tilstand som innledet sykdomsforløpet, føres sist					
c) _____ som skyldtes (var en følge av)					
II. Andre vesentlige tilstander som kan ha bidratt til dødens inntreden, men som ikke står i direkte årsaksforhold til den sykdom eller tilstand som har fremkalt døden.					
Dersom døden skyldtes skade (ulykke) eller følger av denne:	Dato skaden (ulykken) skjedde	Sted i ved hjemmet	<input type="checkbox"/> Annet stec	Yrkesulykke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvordan skjedde ulykken?					
Spesielle omstendigheter ved dødsfallet: foretatte undersøkelser typer på (sett kryss)					
<input type="checkbox"/> Drap	<input type="checkbox"/> Selvmord	<input type="checkbox"/> Misbruk av narkotika	<input type="checkbox"/> Mecisinsk feil	<input type="checkbox"/> Ukjent årsak	<input type="checkbox"/> Plutselig uventet
		<input type="checkbox"/> Dødsfall i fengsel/arrest	<input type="checkbox"/> Ukjent lik	<input type="checkbox"/> Yrkes-sykdom	
Ble det foretatt operasjon?	Dato operert	Viktigste funn			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei					
Opplysningene under I bygger på <input type="checkbox"/> Obduksjon <input type="checkbox"/> Unders. for døden <input type="checkbox"/> Syning av liket			Vil den oppgitte dødsårsak senere bli revurdert?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke					
Undertegnede lege som har synet liket og som har behandlet den døde under siste sykdom (sett event. kryss). erklærer herved at dødsårsaken er den ovenfor nevnte.			Melding om unaturlig dødsfall er sendt/gitt muntlig til politiet/lensmannen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Undertegnede lege erklærer herved at det ikke er grunn til å anta at døden er voldt ved en straffbar handling. (Erklæringen gis bare når kremasjon ønskes eller liket føres ut av riket.)					
Dato	Lege		Dato	Lege	
Adresse:			Adresse:		
I. Forevist skifteretten lensmannen og sendes den offentlige lege/politiet på dødsstedet		II. Forevist politiet og sendes den offentlige lege på dødsstedet		III. Off. lege/heiserad (stempel)	
Dato	For skifteretten lensmannen	Dato	For politimesteren		
Adresse:		Adresse:			



# Legeerklæring om dødsfall/melding om unaturlig dødsfall

Jfr. lov om leger av 13.06.1980 §§ 40 og 41.

Blanketten fylles ut i samsvar med rettledningen på side 2 og leveres rekvirenten (den som har plikt til å melde dødsfallet) i forseglet konvolutt som i byene adresseres til skifteretten og på landet til lensmannen på dødsstedet. Kopi av legeerklæringen sendes den lokale politimyndighet, hvis dødsfallet kan være unaturlig. (Se rettledning på baksiden.)

Avdødes slektsnavn, for- og mellomnavn		Kjønn	Fødselsnr. (11 siffer)	Fylles ut av Statistisk Sentralbyrå
Bosted, kommune	Gate og husnr.	Postnr. og poststed		
Dødssted, kommune	Død utenfor institusjon <input type="checkbox"/> Hjemme <input type="checkbox"/> Annet sted		Under transport til sykehus <input type="checkbox"/> Død i sykehus eller annen institusjon <input type="checkbox"/>	
For døde i sykehus eller annen institusjon: Institusjonens navn			Død (dag, mnd., år)	
Hvis sykehus: Avdeling. For annen institusjon: type institusjon				
Yrke (eget, eventuelt forsørgerens)				
Ekteskapelig status <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Enke-/mann <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Separert		For barn døde innen 24 timer etter fødselen, hvor lenge varte livet?		Timer    Minutter
Navn og adresse på den lege som har behandlet avdøde under siste sykdom				

## Opplysning om dødsårsaken

Alle rubrikker må fylles ut. (Se rettledning på baksiden.)

I. Sykdom eller tilstand som direkte (umiddelbart) har ført til døden. (Her skal ikke føres dødsårsaken f.eks. hjertesvikt, hjertelammelse, asteni, men den sykdom, skade eller komplikasjon som umiddelbart fremkalte døden.)  Oppgi den eller de sykelige tilstander, skader eller misdannelser som har ført til (i5 bak) den dødsårsak som er nevnt ovenfor. Den tilstand som innledet sykdomsforløpet føres sist.	a)		Omtrentlig tid mellom sykdommens begynnelse og døden
	b)	Som skyldtes (var en følge av)	
	c)	Som skyldtes (var en følge av)	
II. Andre vesentlige tilstander som kan ha bidratt til dødens inntreden, men som ikke står i direkte årsaksforhold til den sykdom eller tilstand som har fremkalt døden.			
Dersom døden skyldtes skade (ulykke) eller følger av denne:	Dato skaden (ulykken) skjedde	Sted <input type="checkbox"/> I/ved hjemmet <input type="checkbox"/> Annet sted	Yrkesulykke <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Hvordan skjedde ulykken		
Spesielle omstendigheter ved dødsfallet/foretatte undersøkelser tyder på (sett kryss)			
<input type="checkbox"/> Drap <input type="checkbox"/> Selvmord <input type="checkbox"/> Misbruk av narkotika <input type="checkbox"/> Medicinsk feil <input type="checkbox"/> Ukjent årsak <input type="checkbox"/> Plutselig/uventet <input type="checkbox"/> Dødsfall i fengsel/arrest <input type="checkbox"/> Ukjent lik <input type="checkbox"/> Yrkes-sykdom			
Ble det foretatt operasjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dato operert	Viktigste funn	
Opplysninger under punkt I bygger på: <input type="checkbox"/> Obduksjon <input type="checkbox"/> Unders. før døden <input type="checkbox"/> Syning av liket		Vil den oppgitte dødsårsak senere bli revurdert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke	
Undertegnede lege som har synet liket og som har behandlet den døde under siste sykdom (sett evt. kryss), erklærer herved at dødsårsaken er den ovenfor nevnte. <input type="checkbox"/>		Melding om unaturlig dødsfall er sendt/gitt muntlig til politiet/lensmannen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Dato _____ Lege _____		Undertegnede lege erklærer herved at det ikke er grunn til å anta at døden er voldt ved en straffbar handling. (Erklæringen gis bare når kremasjon ønskes eller liket føres ut av riket.) Dato _____ Lege _____	
Adresse: _____		Adresse: _____	
I. Forevist skifteretten/lensmannen og sendes den offentlige lege/politiet på dødsstedet		II. Forevist politiet og sendes den offentlige lege på dødsstedet	
Dato _____ For skifteretten/lensmannen _____		Dato _____ For politimesteren _____	
Adresse: _____		Adresse: _____	
III. Off. lege/helsesråd (stempel)			

Fylles ut av Vital Forsikring

Forsikringsnr.:

kode:

Attesten sendes til:

**Vital Forsikring ASA**  
Hovedlegen  
Postb. 7500  
5020 Bergen

Avdødes navn

Fødselsnr. (fødselsdato+personnr.)

Dødsdato

Dødsattesten utstedes av den lege som har behandlet avdøde sist. Vedr. utfylling se baksiden.

## I. Dødsårsaken (se veiledning på baksiden)

I a)	Sykdom eller tilstand som direkte (umiddelbart) har ført til døden. (Her skal ikke føres dødsårsaken f.eks. hjertesvikt, hjertelammelse, asteni, men den sykdom, skade eller komplikasjon som umiddelbart fremkalte døden).	a):	Kode (ICD - 9 stand.)	Omtrentlig tid mellom sykdommens begynnelse og døden
b og c)	Oppgi den eller de sykelige tilstander skader eller misdannelser som har ført til (lå bak) den dødsårsak som er nevnt ovenfor. Den tilstand som innledet sykdomsforløpet, føres sist.	b): c):		
II	Andre vesentlige tilstander som kan ha bidratt til dødens inntreden, men som ikke står i direkte årsaksforhold til den sykdom eller tilstand som har fremkalt døden.			

Er en ulykke eller følgene av en ulykke oppført ovenfor, skal oppgis:

- når skjedde ulykken?

- hvor skjedde ulykken?

- hvordan skjedde ulykken?

Yrkesulykke

Ja  
 Nei

Opplysningene under 1 bygger på:

obduksjon

undersøkelse før døden

syning av liket

## 2. Behandling av avdøde

a)	Har De behandlet avdøde under hele den tid avdøde led av sykdommen som førte til døden?	a):
b)	Eller har andre leger - og i tilfelle hvilke - behandlet avdøde under disse sykdommene?	b):

## 3. Andre sykdommer hos avdøde

a)	Led avdøde samtidig av andre sykdommer enn dem som er nevnt ovenfor? Hvilke sykdommer?	a):
b)	Når opptrådte de første symptomer på disse sykdommene?	b):
c)	Hvilke leger har behandlet avdøde for disse sykdommer? Når?	c):

## 4. Tidligere behandling

a)	Har De eller andre leger tidligere behandlet avdøde for noen sykdom?	a):
b)	I tilfelle, hvilke leger?	b):
c)	Nar og for hvilken sykdom?	c):

Honorar, etter sats avtalt med Den norske Lægeforening, sendes til: (skriv med blokkbokstaver, evt. maskin/stempel)

Legens navn	Fødselsnr. (fødselsdato+personnr.)	Kontonr.
Adresse	Postnr./poststed	Skattkommune
Sted/dato		Legens stempel og underskrift



PRANTSUSMAA



## MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU VOLET ADMINISTRATIF

### IMPORTANT

1 - La date et l'heure du décès doivent être précisées, le cas échéant de manière approximative. Ne pas indiquer la date du constat. Toutefois, dans le cas d'un décès présentant un obstacle médico-légal, ces mentions seront confirmées ultérieurement par l'expertise médico-légale.

2 - **Obstacle médico-légal** : suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice.

Les opérations funéraires suivantes sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire :

- don du corps (article R 363-10 du code des communes)
- soins de conservation (article R 363-1 du code des communes)
- transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt ou vers un établissement de santé (article R 363-6 du code des communes)
- admission avant mise en bière en chambre funéraire (articles R 361-37 et R 361-38 du code des communes)
- prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (article R 363-11 du code des communes)
- fermeture du cercueil (article R 363-18 du code des communes)
- inhumation (par voie de conséquence)
- crémation (article R 361-42 du code des communes).

Les mêmes opérations funéraires sont suspendues lorsque des droits sont liés à la cause du décès (accident du travail, maladie professionnelle, conséquence des blessures pour un pensionné de guerre).

3 - **Mise en bière immédiate** : maladies contagieuses (arrêté santé du 17 novembre 1986, J.O.R.F. du 20 décembre 1986) ; maladies épidémiques ou mauvais état du corps (article R 363-19 du code des communes). La nature du cercueil imposé en fonction de la maladie est indiquée aux points 4 et 5 ci-après.

Les opérations funéraires suivantes sont impossibles :

- don du corps
- soins de conservation
- transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt
- admission avant mise en bière en chambre funéraire
- prélèvement en vue de rechercher les causes du décès (article R 363-11 du code des communes).

4 - **Mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;  
Liste des maladies contagieuses concernées : varioles et autres orthopoxviroses ; choléra ; charbon ; fièvres hémorragiques virales.

5 - **Mise en bière immédiate dans un cercueil simple** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;  
Liste des maladies contagieuses concernées : peste ; hépatites virales sauf hépatite A confirmée ; rage ; Sida.

6 - **Don du corps** (article R 363-10 du code des communes) : impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse. La carte de donateur doit être demandée.

7 - **Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès** (article R 363-11 du code des communes) : à la demande du médecin qui constate le décès (impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse) ; à la demande du préfet (article R 363-20 du code des communes).

8 - **Prothèse** (article R 363-16 du code des communes) : toute prothèse renfermant des radio-éléments artificiels doit être enlevée avant la mise en bière. Toute prothèse fonctionnant au moyen d'une pile doit être enlevée avant la crémation.

à détacher et à joindre au bulletin d'état civil correspondant, au moment de l'envoi au Médecin de Santé Publique attaché à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

Ne doit être ouvert que par  
le Médecin de Santé Publique  
attaché à la Direction Départementale  
des Affaires Sanitaires et Sociales

Document confidentiel

département

N° du

(A remplir par la Mairie)

N° d'ordre du décès

N° de l'acte

Commune d'enregistrement du décès

CERTIFICAT DE DÉCÈS



# MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU VOLET ADMINISTRATIF

## IMPORTANT

1 - La date et l'heure du décès doivent être précisées, le cas échéant de manière approximative. Ne pas indiquer la date du constat. Toutefois, dans le cas d'un décès présentant un obstacle médico-légal, ces mentions seront confirmées ultérieurement par l'expertise médico-légale.

2 - **Obstacle médico-légal** : suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice.

Les opérations funéraires suivantes sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire :

- don du corps (article R 363-10 du code des communes)
- soins de conservation (article R 363-1 du code des communes)
- transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt ou vers un établissement de santé (article R 363-6 du code des communes)
- admission avant mise en bière en chambre funéraire (articles R 361-37 et R 361-38 du code des communes)
- prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (article R 363-11 du code des communes)
- fermeture du cercueil (article R 363-18 du code des communes)
- inhumation (par voie de conséquence)
- crémation (article R 361-42 du code des communes)

Les mêmes opérations funéraires sont suspendues lorsque des droits sont liés à la cause du décès (accident du travail, maladie professionnelle, conséquence des blessures pour un pensionné de guerre).

3 - **Mise en bière immédiate** : maladies contagieuses (arrêté santé du 17 novembre 1986, J.O.R.F. du 20 décembre 1986) ; maladies épidémiques ou mauvais état du corps (article R 363-19 du code des communes). La nature du cercueil imposé en fonction de la maladie est indiquée aux points 4 et 5 ci-après.

Les opérations funéraires suivantes sont impossibles :

- don du corps
- soins de conservation
- transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt
- admission avant mise en bière en chambre funéraire
- prélèvement en vue de rechercher les causes du décès (article R 363-11 du code des communes).

4 - **Mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;  
Liste des maladies contagieuses concernées : varioles et autres orthopoxviroses ; choléra ; charbon ; fièvres hémorragiques virales.

5 - **Mise en bière immédiate dans un cercueil simple** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;  
Liste des maladies contagieuses concernées : peste ; hépatites virales sauf hépatite A confirmée ; rage ; Sida.

6 - **Don du corps** (article R 360-10 du code des communes) : impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse. La carte de donateur doit être demandée.

7 - **Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès** (article R 363-11 du code des communes) : à la demande du médecin qui constate le décès (impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse) ; à la demande du préfet (article R 363-20 du code des communes).

8 - **Prothèse** (article R 363-16 du code des communes) : toute prothèse renfermant des radio-éléments artificiels doit être enlevée avant la mise en bière. Toute prothèse fonctionnant au moyen d'une pile doit être enlevée avant la crémation.

Ne doit être ouvert que par  
le Médecin de la Santé Publique  
attaché à la Direction Départementale  
des Affaires Sanitaires et Sociales

Préfecture du Département

à détacher et à joindre au bulletin d'état civil correspondant, au  
moment de l'envoi au Médecin de la Santé Publique attaché à la  
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
Ne doit être ouvert que par le Médecin de la Santé Publique  
attaché à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

Document confidentiel

(À remplir par la Mairie)

N° D'ORDRE DU DÉCÈS

N° DE L'ACTE

CERTIFICAT DE DÉCÈS

ROOTSI

Var dödsbeviset utfärdas (klinik, mottagning etc. samt adress, telefonnr och ev. telefaxnr) ❶



# DÖDSBEVIS

Personuppgifter (efter- och förnamn, adress) ❶ ❷

Den avlidnes personnummer (12 siffror) ❸

<b>För barn under 7 dygn anges ålder</b>			<b>Dödsdatum</b>		
<input type="checkbox"/> Dödfött	<input type="checkbox"/> Under 24 tim	<input type="checkbox"/> 24 tim t.o.m. 6 dygn	Datum (8 siffror) år, mån, dag		Klockslag (t.ex. 06:20)
<input type="checkbox"/> Säkert	<input type="checkbox"/> Sannolikt				
<b>Typ av dödsplats ❹</b>					
<input type="checkbox"/> Akutsjukhus	<input type="checkbox"/> Sjukhem eller annan vårdbostad	<input type="checkbox"/> Privat bostad	<input type="checkbox"/> Annan/okänd		
<b>Dödsort ❺</b>			<b>Bar den döde något implantat som kan explodera? ❻</b>		
			<input type="checkbox"/> Ja, och det har avlägsnats	<input type="checkbox"/> Ja, men det har <i>inte</i> avlägsnats	<input type="checkbox"/> Nej
<b>Finns skäl för <i>polis</i>anmälan (yttre påverkan m.m.)?</b>			<b>Har yttre undersökning gjorts?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja, <i>polisen skall genast kontaktas</i>			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej, senast undersökt före döden	datum (8 siffror) år, mån, dag
<input type="checkbox"/> Nej (sjukdom)					

## UNDERSKRIFT AV UTFÄRDANDE LÄKARE

Ort	Datum (8 siffror) år, mån, dag	Läkarens namnteckning	
Tjänsteställe	Telefonnr (inkl. riktnr)	Namnförtydligande	Befattning

## Hur man fyller i blanketten

- ❶ För klinik- och personuppgifter kan tydliga avtryck med stämpelbrickor godtas.
- ❷ För dödfött barn eller barn som avlidit inom 28 dygn efter födseln skall inte stämpelbricka användas. Ange kön och eventuellt namn. Ange dessutom moderns personnummer, namn och adress.
- ❸ Den avlidnes personnummer måste fyllas i, även för barn som avlidit inom 28 dygn efter födseln. Ange födelsedatum, om personnummer inte finns.
- ❹ Typ av dödsplats
  - Akutsjukhus: sjukhus för somatisk eller psykiatrisk korttidsvård
  - Sjukhem eller annan vårdbostad: innefattar äldreboenden och servicehus med tillgång till vård- och omsorgspersonal, gruppboenden, gruppboendestäder, institutioner etc.
  - Privat bostad: utesluter sådant eget boende som ingår i föregående kategori.
- ❺ Ange kommun där dödsfallet inträffade eller om dödsplatsen är okänd den kommun där den döda kroppen anträffades.
- ❻ För att tillåta kremering kräver krematorierna regelmässigt att implantat som kan explodera har avlägsnats. Exempel på explosiva implantat är hjärtstimulatorer, defibrillatorer, insulin- och infusionspumpar.

## Polismyndighetens TILLSTÅND till gravsättning eller kremering

Polismyndigheten i		Namnteckning	
Datum	Dnr	Namnförtydligande	

SAKSAMAA



# Todesbescheinigung

## Wichtig für die Angehörigen:

Bei der Anzeige des Sterbefalls Geburts- und Heiratsurkunde (bei Eheschließung nach dem 31. 12. 1957 beglaubigte Abschrift oder Auszug aus dem Familienbuch) und amtlichen Personalausweis der verstorbenen Person zum Standesamt mitbringen.

Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
	Sterbefall beurkundet, Sterbebuch Nr.	
	Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste Nr.	
	<input type="checkbox"/> Erdbestattung	<input type="checkbox"/> Feuerbestattung

## 1. Identifikation der Leiche / Personalangaben

<input type="checkbox"/> Verstorbene(r) war persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in Personalausweis/R eisepaß	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> Nicht möglich
Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

## 2. Für Rückfragen an behandelnde Ärztinnen oder Ärzte

Name und Anschrift der Hausärztin oder des Hausarztes
Name und Anschrift anderer behandelnder Ärztinnen oder Ärzte/Krankenhäuser

## 3. Feststellung des Todes

Ort der ärztlichen Leichenschau (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)				
Zeitpunkt der ärztlichen Leichenschau	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
Der Ort der Leichenschau ist mutmaßlich der Sterbeort <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

## 4. Todesart

<input type="checkbox"/> <b>Natürlicher Tod</b>	<input type="checkbox"/> Nicht natürlicher Tod (z.B. Unfall, Selbstmord, Vergiftung, Folge des -ggf. auch zurückliegenden - Verhaltens eines Anderen, sonstige Gewalteinwirkung)
Anzeichen eines nicht natürlichen Todes an der Leiche	
Sonstige Umstände (bei nicht natürlichem Tod)	
<input type="checkbox"/> Ungeklärt, ob natürlicher oder nicht natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Eine Leichenöffnung könnte zur Aufklärung beitragen
Die Leiche war bei der Untersuchung unentkleidet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Die Leiche wurde nicht entkleidet weil <input type="checkbox"/> Todesart ohne Entkleidung erkennbar war <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe

## 5. Zusatzangaben bei Totgeborenen

<input type="checkbox"/> Als Tote Leibesfrucht geboren	<input type="checkbox"/> In der Geburt gestorben	Gewicht der Leibesfrucht           g
--	--	---

Die Leiche wurde von mir heute zur Feststellung der Todesursache sorgfältig untersucht. Sichere Zeichen des Todes wurden von mir wahrgenommen. Ich bestätige, daß ich diese und die Angaben im vertraulichen Teil auf Grund des von mir gewonnenen Urteils nach besten Wissen gemacht habe.

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_



## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Landkreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden Minuten
Geschlecht:				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

## ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE SEITE ABTRENNEN!

## Identifikation

<input type="checkbox"/> Aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	---	---	--

## Ort und Zeitpunkt des Todes

<input type="checkbox"/> Sterbeort	Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o. ä.)			
<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls nicht Sterbeort	PLZ, Ort, Landkreis			
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden Minuten
Nach eigenen Feststellungen			<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden			Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag Monat Jahr Uhrzeit: Stunden Minuten

## Warnhinweise

<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (Schutzmaßnahmen nach § 7 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Tatbestand gem. § 16e ChemG)

## Todesart

<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod
--	---	--

## Zusatzangaben bei Totgeborenen

Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g

<input type="checkbox"/> Als tote Leibesfrucht geboren	<input type="checkbox"/> In der Geburt verstorben	Gewicht der Leibesfrucht					g
--	---	--------------------------	--	--	--	--	---

## Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau
---

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
--

**Personalangaben**

Name ggf. Geburtsname, Vorname		<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt</b>	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Landkreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden Minuten
				Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

**Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt**

Name und Telefonnummer der/des behandelnden Ärztin/Arztes oder Krankenhaus, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

**Sichere Zeichen des Todes**

Totenstarre  
  Totenflecke  
  Fäulnis  
  Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind  
  Hirntod

Reanimationsbehandlung:  ja  nein  
 Reanimation passager erfolgreich (Wiedereinsetzen der Herztätigkeit):  ja  nein

**Todesart**

natürlicher Tod  
  Todesart ungeklärt  
  Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

**Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod**

weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2

**Todesursache/Klinischer Befund**

*Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen*

	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache	
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von	
	c) als Folge von (Grundleiden)	
II. Andere wesentliche Krankheiten		

Obduktion angestrebt?  ja  nein

**Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)**

weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		ICD-Code
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels		
Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt _____ cm	Geburtsgewicht _____ g
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der _____ Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden _____ <input type="checkbox"/> unbekannt	
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im _____ -ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Erfolgte in den letzten 42 Tagen eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Erfolgte zwischen dem 43. Tag und dem Beginn des letzten Jahres vor Todeseintritt eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		

**Ärztliche Bescheinigung**

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname							
Straße, Hausnummer							
PLZ, Wohnort, Landkreis							
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort			
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit:	Stunden	Minuten	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung gibt der Ärztin/dem Arzt die Möglichkeit, ergänzende Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod anzuführen und ergänzende Angaben zur Todesursache bzw. zu Begleiterkrankungen (Epikrise) zu machen. Bei Ausfüllen des vertraulichen Teils 2 bitte im vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden. Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

**Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Falle vollständig auszufüllen!**

## Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

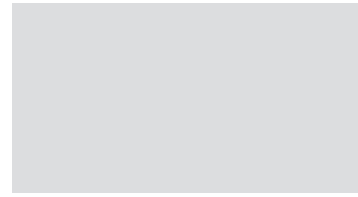
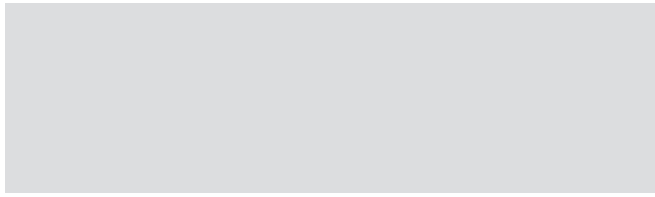
## Ergänzende Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

## Ärztliche Bescheinigung

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes



## **Inliegend Todesbescheinigung - vertraulicher Teil -**

**Blatt 1 (gelb), Blatt 2 (altgold) und Blatt 3 (blau)**

Stempel und Unterschrift  
des Standesbeamten/der Standesbeamtin

**Diesen Umschlag zusammen mit dem nicht vertraulichen Teil (weiß) an das zuständige Standesamt weiterleiten.**

### **Inhalt**

- Blatt 1 (gelb): Für das Gesundheitsamt
- Blatt 2 (altgold): Für die Stelle nach Art. 5 Abs. 6 des Bayer. Krebsregistergesetzes
- Blatt 3 (blau): Für das Statistische Landesamt

## **Inliegend Todesbescheinigung - vertraulicher Teil -**

**Blatt 4 (rosa)**

**Dieser Umschlag verbleibt bei der verstorbenen Person.**

### **Inhalt**

- Blatt 4 (rosa) Doppel für die Obduktion
- Obduktionsschein (nicht ausgefüllt)

## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		<b><u>Nicht</u> zur Vorlage beim Standesamt</b>			
Straße, Hausnummer					
PLZ, Wohnort, Landkreis					
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort	
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					

## Identifikation

<input type="checkbox"/> Aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	---	---	--

## Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	<input type="checkbox"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Reanimation passager erfolgreich (Wiedereinsetzen der Herzfähigkeit): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

## Ort und Zeitpunkt des Todes

<input type="checkbox"/> Sterbeort	Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o. ä.)							
<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls nicht Sterbeort	PLZ, Ort, Landkreis							
Sterbezeitpunkt:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten			
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden			<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten				
			Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten

## Hinweis:

Nach § 3 Abs. 4 Bayerische Bestattungsverordnung kann sich die Ärztin/der Arzt auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung nur dann beschränken, wenn sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt), die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat und sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird. Die/Der die vorläufige Todesbescheinigung ausstellende Ärztin/Arzt sollte die Person, die die Leichenschau veranlasst hat darauf hinweisen, unverzüglich eine/n weitere/n Ärztin/Arzt zur Vornahme der vollständigen Leichenschau zu benachrichtigen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wurde die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so ist auch die/der für die Behandlung von Notfällen eingeteilte Ärztin/Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu verständigen und ihr die vorläufige Todesbescheinigung zuzuleiten.

Die

**vollständige Leichenschau**

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt als die/den Not- bzw. Notfallärztin/arzt ist unverzüglich zu veranlassen, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes
--

Blatt 1: Gesundheitsamt

## Obduktionsschein

(rosa)

## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt			
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.			
PLZ, Wohnort, Landkreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.			
Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr	Geburtsort	
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich						

- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt
- Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten keine Angaben zu Todesursache/Klinischer Befund

**Falls Todesursache/Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten:  
Todesursache/Klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II. Andere wesentliche Krankheiten			

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten



**SLOVAKKIA**

List o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí

Registrované ŠÚ SR Č. Vk 7/98  
z 13. 5. 1997

IKF						Rok	Mesiac
0	7	0	3	9	5	9	

Úmrtie na infekčnú chorobu  
(doplňte Áno, alebo Nie) .....

Prehliadajúci, resp. pitvajúci lekár najneskôr do 3 pracovných dní po prehliadke (pitve) mŕtveho zašle podľa odborného usmernenia 2 x okresnému úradu - matrike, 1 x vydá obstarávateľovi pohrebu a 1 x založí do zdravotnej dokumentácie zomrelého. Ochrana individuálnych údajov je zaručená zákonom SNR č. 322/1992 Zb., v znení neskorších predpisov. Za ochranu individuálnych údajov zodpovedá Štatistický úrad SR.

Vyplní matričný úrad  
Okres .....  
Okresný úrad .....  
- matrika .....  
Poradové číslo matričné .....

Vyplňte paličkovým písmom alebo písacím strojom!

317. modul Úmrtie

Zdravotná poisťovňa

Meno, priezvisko, rodné priezvisko

Poradové číslo (vyplňa ŠÚ SR)	Dátum úmrtia					
	..... hodina (vpište na predtlačení riadok)					
	deň	mesiac	rok			

Miesto úmrtia, nájdenia mŕtvoly (okres, obec)

Dátum narodenia		
deň	mesiac	rok <sup>1/</sup>

Kde nastalo úmrtie (doma, v nemocnici, v ústave, na ulici, pri preprave)

<sup>1/</sup> u neznámych mŕtvov z približného veku určite rok narodenia!

Rodné číslo zomrelého <sup>2/</sup>							

Miesto narodenia (okres, obec), u cudzincov uveďte len štát.

<sup>2/</sup> ak nie je možné zistiť, treba vykonštruovať prvých šesť miest z dátumu narodenia!

Pohlavie <sup>3/</sup>

Pohlavie: uveďte slovom .....

<sup>3/</sup> pre zápis pohlavia do rubriky použite kód: 1 - muž, 2 - žena

Kód štátneho občianstva (vyplňa ŠÚ SR)

Štátne občianstvo: uveďte slovom .....

Národnosť (uveďte slovom na predtlačení riadok)

Trvalý pobyt (uveďte slovom na predtlačení riadok)

okres .....  
obec <sup>4/</sup> .....  
ulica ..... č. ....  
u cudzích štátnych príslušníkov uveďte štát: .....

<sup>4/</sup> v Bratislave a Košiciach uveďte aj názov príslušnej mestskej časti

Pohreb spopofnenim sa povoľuje - sa nepovoľuje (nehodiace sa prečiarknite)

V ..... dňa ..... podpis a pečiatka príslušného orgánu

Prevoz na pochovanie sa povoľuje - sa nepovoľuje (nehodiace sa prečiarknite)

V ..... dňa ..... podpis a pečiatka prehládajúceho lekára

Stav	Rodné číslo pozostalého manžela (-ky)  (ak nie je možné zistiť, treba vykonštruovať prvých šesť miest z dátumu narodenia)	U detí zomrelých do 1 roka uveďte				Bola vyko- naná pitva? 1 - áno 2 - nie
		Pri úmrtí do 24 hodín dĺžka života v hodinách. U starších detí vpište „99“.	Kde nastalo úmrtie? 1 - v ústave 2 - doma 3 - inde	Pôrodná hmotnosť (v gramoch)	Bol otec dieťaťa manželom matky? 1 - áno 2 - nie	
1 - slobodný (-á) 2 - ženatý, vydatá 3 - rozvedený (-á) 4 - ovdovený (-á)						

Príčina smrti podľa klinického nálezu a 4-miestna značka (kód) <sup>5/</sup>		Kód	
I.	a) choroba (stav), ktorá (-ý) priamo privodila (-il) smrť <sup>6/</sup>		
	b) predchádzajúce príčiny		
	c) prvotná príčina		
II.	iné závažné chorobné stavy a zmeny		
III.	išlo o pracovný úraz, náhodný úraz, vraždu, samovraždu? Podčiarknite a uveďte mechanizmus smrti !		

miesto prehladky ..... deň, mesiac, rok a hodina prehladky ..... podpis a pečiatka prehladajúceho lekára

Návrh prehladajúceho lekára .....  
(návrh na pitvu, zdravotno-bezpečnostné opatrenia, lehota a spôsob pohrebu) ..... podpis a pečiatka ošetrujúceho lekára

Záverčná diagnóza podľa vykonanej pitvy a 4-miestna značka (kód) <sup>5/</sup>		Kód	
I.	a) choroba (stav), ktorá (-ý) priamo privodila (-il) smrť <sup>6/</sup>		
	b) predchádzajúce príčiny		
	c) prvotná príčina		
II.	iné závažné chorobné stavy a zmeny		
III.	išlo o pracovný úraz, náhodný úraz, vraždu, samovraždu? Podčiarknite a uveďte mechanizmus smrti !		

miesto pitvy ..... deň, mesiac, rok a hodina pitvy ..... podpis a pečiatka pitvajúceho lekára

Kódy pre štatistické spracovanie (kóduje ŠÚ SR)									
Kód príčiny smrti <sup>5/</sup>				Národnosť	Trvalý pobyt				
I. až XIX. kap.		XX. kap.			okres		obec		

<sup>5/</sup> Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a pridružených zdravotných problémov v znení 10. decenálnej revízie (MKCH-10)

<sup>6/</sup> To neznamená spôsob smrti (napr. zlyhanie srdca), ale chorobu, úraz, komplikáciu, ktorá spôsobila smrť!

SOOME

**DEATH CERTIFICATE**  
of a person aged 28 days or more

Family name \_\_\_\_\_ 2. First names \_\_\_\_\_

3. Social security number \_\_\_\_\_ 4. Time of death \_\_\_\_\_ confirmed  
day month year identifier \_\_\_\_\_ day month year \_\_\_\_\_ estimated

5. Last home municipality \_\_\_\_\_ 6. Administrative court \_\_\_\_\_

7. Causes of death \_\_\_\_\_ ICD-10 disease classification codes  
(To be entered without the full stop)

7.1 Diseases, injuries, toxic conditions and external causes leading to death (I)

A. Direct cause of death (not the final mode of dying)	Cause code or external cause	Symptom code* Main injury/ toxic substance	Assumed duration of illness
--	------------------------------	---	-----------------------------

B. Intervening cause(s) of death \_\_\_\_\_

C. Underlying cause of death \_\_\_\_\_

7.2 Other significant conditions contributing to the death (II), but not related to the conditions stated in 7.1 \_\_\_\_\_

8. Classification of death (determined by 7.1 C above/underlying cause of death)

Disease	Occupational disease	Accident	Medical treatment or examination	Suicide	Homicide	War	Undetermined intent
---------	----------------------	----------	----------------------------------	---------	----------	-----	---------------------

9. Where the death is classified as an accident, select the best suited alternative from the following:

During transport	At work	During sport or physical exercise	During leisure activity	At home	In hospital care	Other	Not known
------------------	---------	-----------------------------------	-------------------------	---------	------------------	-------	-----------

10. Place of death

Home/residence	Unit of health care, state which: _____	Other, state which: _____	Abroad, state where: _____
----------------	---	---------------------------	----------------------------

Medical treatment administered in the past four weeks if not already entered in 7. above.  
No Yes State when, type of treatment and condition treated, at 12

12. Circumstances of death (State of health prior to the onset of the train of events which lead to death. Progress of the disease which lead to the death; main examination results and treatment.)

If the death entailed a mortal injury or toxic condition, the external conditions must be described in detail.

---

---

---

---

13. Method used to investigate cause of death

Clinical examination	Medical autopsy	Forensic autopsy	Other, state what? _____	Place of autopsy/Other, state what? _____	Autopsy number _____
----------------------	-----------------	------------------	--------------------------	---	----------------------

14. I hereby certify, on my honour and conscience, that the information given above is true and correct

Place and date	Medical practitioner's signature	15. Code of issuing health care unit (place of office) _____
Place of office or stamp	Tel.: _____ Fax: _____	Medical practitioner's name in print _____
	Position _____	

Provincial Government statement: The cause of death has been investigated and the death certificate has been properly completed.  
Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ (Sections 7. to 13. to be filled in and the death certificate signed after causes of death have been investigated.)

Completed form to be forwarded to the Provincial Government of the province in which the last home municipality of the deceased was situated. The Provincial Government will forward the form on to Statistics Finland.

**NOTIFICATION OF DEATH  
TO THE POPULATION REGISTER**  
of a person aged 28 days or more

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 1. Family name   | 2. First names                     |
| 3. Social security number<br>day month year identifier | 4. Time of death<br>day month year |
| 5. Last home municipality                              | 6. Administrative court            |

**Instructions for filling in the form**

This Notification must be signed, detached and forwarded, immediately upon the granting of permission for burial, to the Administrative Court ruling over the last home municipality of the deceased. The Administrative Court will record the death data immediately into the Population Register. If the deceased had no home municipality in Finland, or the home municipality is not known, this Notification should be sent to the Administrative Court ruling over the municipality in which the death occurred.

**Instructions for electronic notification of death to the Population Register**

If a hospital or health centre is authorised to notify deaths to the Population Register electronically, this form need not be completed. An electronic notification can only be registered into the Population Register if the notifier is in the possession of the name and social security number of the deceased, and provided that matching information exists in the Population Register. Electronic notification may not be sent until Permission for Burial has been granted. If no name or social security number exists in the Population Register for the deceased, or the Population Register's registration acknowledgement contains a failure notice, details of the death must be forwarded to the relevant Administrative Court on this form. The following section "Additional information..." must then also be filled in.

Additional information to be provided after failure in notifying the Population Register electronically.

Place and date	Contact person in the health care unit for error investigation
Failure code on acknowledgement	Contact person's telephone number during office hours

14. I hereby certify, on my honour and conscience, that the information given above is true and correct

Place and date	Medical practitioner's signature	15. Code of issuing health care unit (place of office)
Place of office or stamp	Tel.: Fax:	Medical practitioner's name in print
		Position

Copy for the Administrative Court of the home municipality of the deceased.

**PERMISSION FOR BURIAL**  
of a person aged 28 days or more

1. Family name

2. First names

3. Social security number  
day month year identifier4. Time of death  
day month year

5. Last home municipality

6. Administrative court

This Permission for Burial is to be presented to the owner of the burial ground into which the deceased is to be buried. The deceased's next of kin or other close relative is entitled to obtain from the medical practitioner signing this permission a copy of the death certificate containing the causes and other details of the death.

16. If the deceased was a member of an evangelic-Lutheran or orthodox congregation at the time of his/her death, enter the name of the congregation here.

The course of death has been investigated in the manner prescribed in the law (459/1973) and decree (948/1973) governing the investigation of causes of death.

To the best of my knowledge, there is no impediment to burying the deceased.

4. I hereby certify, on my honour and conscience, that the information given above is true and correct

Place and date

Medical practitioner's signature

15. Code of issuing  
health care unit  
(place of office)Place of office or stamp    Tel.:  
Fax:

Medical practitioner's name in print

Position

Copy for the person taking care of the burial

SUURBRITANNIA



**BIRTHS AND DEATHS REGISTRATION ACT 1953**  
 (Form prescribed by Registration of Births and Deaths Regulations 1987)  
**MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH**  
 For use only by a Registered Medical Practitioner WHO HAS BEEN IN ATTENDANCE during the deceased's last illness, and to be delivered by him forthwith to the Registrar of Births and Deaths.

Registrar to enter No. of Death Entry .....
---

Name of deceased ..... day of ..... Age as stated to me .....

Date of death as stated to me ..... day of .....  
 Place of death .....

Last seen alive by me ..... day of .....

- 1 The certified cause of death takes account of information obtained from post-mortem.
  - 2 Information from post-mortem may be available later
  - 3 Post mortem not being held.
  - 4 I have reported this death to the Coroner for further action.  
*(See overleaf)*
- } Please ring appropriate digit(s) after }  
 a Seen after death by me.  
 b Seen after death by another medical practitioner but not by me  
 c Not seen after death by a medical practitioner.

<p align="center"><b>CAUSE OF DEATH</b></p> <p align="center"><i>The condition the <u>sin</u> to the 'Underlying Cause of Death' should appear in the completed line of Part I.</i></p> <p>I (a) Disease or condition directly leading to death: .....</p> <p>(b) Other disease or condition, if any, leading to: <b>I(a)</b> .....</p> <p>(c) leading to: <b>I(b)</b> .....</p> <p>Other disease or condition, if any, .....</p> <p>II Other significant conditions <b>CONTRIBUTING TO THE DEATH</b> but not related to the disease or condition causing it .....</p>	<p><i>These particulars not to be entered in death register</i></p> <p>Approximate interval between onset and death .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

The death might have been due to or contributed to by the employment followed at some time by the deceased  Please tick where applicable

+ *This does not mean the mode of dying, such as heart failure, asphyxia, asthenia, etc: it means the disease, injury, or complication which caused death.*

I hereby certify that I was in medical attendance during the above named deceased's last illness, and that the particulars and cause of death above written are true to the best of my knowledge and belief.

Signature ..... Residece ..... Date .....

Qualifications as registered by General Medical Council .....

For deaths in hospital: Please give the name of the consultant responsible for the above-named as a patient .....

**Annex B**

**Draft entry form used in the current system for registering deaths (Form 310Rev)**

<b>DEATH</b>		Register No.	Entry No.
Registration district	District & S. Dist. Nos.	Administrative area	
Sub-district			
1. Date and place of death (date) .....	: : .....		
2. Name and surname	3. Sex	4. Maiden surname of woman who has married	
5. Date and place of birth (date) .....			
6. Occupation and usual address			
7. (a) Name and surname of informant	(b) Qualification		
(c) Usual address			
8. Cause of death			
I(a) .....			
(b) .....			
(c) .....			
II .....			
Certified by			
9. I certify that the particulars given by me above are true to the best of my knowledge and belief .....	Signature of Informant		
10. Date of registration	11. Signature of registrar		
O NHS No.	Q (age)		

**FORM 310(Rev)**

<b>DEATH</b>		District & SD Nos.	Register No.
D			
E	<input type="checkbox"/> 6 months or over	<input type="checkbox"/> Under 6 months	(i) Date of registration
(iii)			(ii)
Z	<p><b>CONFIDENTIAL PARTICULARS</b></p> <p>The particulars below, required under the Population (Statistics) Acts, will not be entered in the register. This confidential information will be used only for the preparation and supply of statistical information by the Registrar General.</p> <p>At date of death deceased was*</p> <p>Single <input type="checkbox"/></p> <p>Married <input type="checkbox"/> (If married insert date of birth of spouse)</p> <p>Widowed <input type="checkbox"/></p> <p>Divorced <input type="checkbox"/></p> <p>Not known <input type="checkbox"/></p>		
G(a) Deceased or +Mother	POSTCODE		
H(a)* 1 2 3 4 5			
G(b) Husband or +Father			
H(b)* 1 2 3 4 5			
(iv)	F* title		
	R Last Seen alive		
	S* Seen or Not Seen after death		
	T* Referred to Coroner by		
	B SD * Enq		
	U 1 2 3 4 5		
	V (vi) (vii) (viii) (ix) (x)		
	W* Employment		
	M		

\* Tick as appropriate

**FORM 310(Rev)**

# Annex C Coroner's certificate after inquest (Form 99(REV) A &B - white)

**CORONER'S CERTIFICATE AFTER INQUEST**  
furnished under section 11(7) of the Coroner's Act 1988

To be completed by Registrar

Register No.	
Entry No.	

To the

Registrar of Births and Deaths

Inquest held on
at
Was a post-mortem held?

<b>PART I PARTICULARS OF DECEASED (Not still born - see separate Form 99A)</b>	
1 Date and place of death	
2 Name and surname	3 Sex
	4 Maiden surname of woman who has married
5 Date and place of birth	
6 Occupation and usual address	
Cause of death	
I(a)	
(b)	
(c)	
II	
Verdict	

SPECIMEN

<b>PART II VISITING FORCES</b>	}	*under section 7 of the Visiting Forces Act 1952
The inquest was adjourned on		*and has not been resumed

<b>PART III BURIAL/CREMATION</b>	†Enter Order for Burial/Certificate E for Cremation
I have issued†	
on	
to	
of	

<b>PART IV MARITAL CONDITION etc. All persons aged 16 and over</b>							
Insert appropriate number in box. 1 Single 2 Married 3 Widowed 4 Divorced 5 Not Known	<input type="text"/>						
	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>Day</td> <td>Month</td> <td>Year</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Day	Month	Year	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Day	Month	Year					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
If married enter date of birth of surviving spouse							

I certify that the findings of the inquest were as above.	
Date	Signed
Name	
Appointment	
Jurisdiction	

\*Delete as necessary



# Annex D

## Notification to the registrar by the coroner that he does not consider it necessary to hold an inquest - no post-mortem held (Form 100A - salmon pink)

<b>NOTIFICATION TO THE REGISTRAR BY THE CORONER that he does not consider it necessary to hold an inquest</b>	To be completed by Registrar	
	Register No.	
<b>FORM A - NO POST-MORTEM HELD</b>	Entry No.	

To the  Registrar of Births and Deaths

### PARTICULARS OF THE DECEASED

Name and Surname	SPECIMEN	
Sex		
Age (or Date of Birth)		
Date of Death		
Place of Death		
Cause of Death		I (a)
		(b)
		(c)
		II
(Where this notification relates to a stillborn child, this should be stated)		

### CORONER'S CERTIFICATE

	The circumstances connected with the death of the above person have been reported to me and I do not consider it necessary to hold an inquest
Date	
Signed	
Name	
Appointment	
Jurisdiction	

# Annex E

## Notification to the registrar by the coroner that he does not consider it necessary to hold an inquest - post-mortem held (Form 100B - pink)

<b>NOTIFICATION TO THE REGISTRAR BY THE CORONER that he does not consider it necessary to hold an inquest</b>	To be completed by Registrar	
<b>FORM B - POST-MORTEM held under Section 19 of the Coroner's Act 1988</b>	Register No.	
	Entry No.	

To the  Registrar of Births and Deaths

**PARTICULARS OF THE DECEASED**

Name and Surname	
Sex	
Age (or Date of Birth)	
Date of Death	
Place of Death	

**CORONER'S CERTIFICATE**

Cause of Death	I certify that a post-mortem examination of the body of the above person was made by the pathologist named below, whose report disclosed that the cause of death was:	
I (a)	SPECIMEN	
(b)		
(c)		
II		
Pathologist		and I am satisfied that an inquest is unnecessary (Where this notification relates to a stillborn child, this should be stated)

**CERTIFICATE FOR CREMATION (Details to be entered if Certificate issued)**

Issued on	
To	
Address	

Is a histological or bacteriological examination to be made?
--

Date	
Signed	
Name	
Appointment	

# Annex F Coroner's certificate after inquest adjourned (Form 120A&B - yellow)

<b>CORONER'S CERTIFICATE AFTER INQUEST ADJOURNED</b> furnished under section 16(4) of the Coroner's Act 1988	To be completed by Registrar
	Register No. <input style="width: 80%;" type="text"/>
	Entry No. <input style="width: 80%;" type="text"/>

To the  Registrar of Births and Deaths

Inquest held on at Was a post-mortem held?
--

<b>PART I PARTICULARS OF DECEASED (Not still born - see separate Form 99A)</b>	
1 Date and place of death	
2 Name and surname	3 Sex
	4 Maiden surname of woman who has married
5 Date and place of birth	
6 Occupation and usual address	
Cause of death	I(a)
	(b)
	(c)
	II

SPECIMEN

<b>PART III BURIAL/CREMATION</b>	†Enter Order for Burial/Certificate E for Cremation
I have issued† on to of	

<b>PART IV MARITAL CONDITION etc. All persons aged 16 and over</b>							
Insert appropriate number in box. 1 Single 2 Married 3 Widowed 4 Divorced 5 Not Known	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>						
If married enter date of birth of surviving spouse	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Day</td> <td style="width: 25%;">Month</td> <td style="width: 25%;">Year</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	Day	Month	Year	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Day	Month	Year					
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>					

I certify that the findings of the inquest were as above.	
Date	Signed
Name	
Appointment	
Jurisdiction	

\*Delete as necessary

# Annex F – continued

<b>Name and surname of deceased</b>
-------------------------------------

To be completed by Registrar	
District & SD Nos.	
Register No.	
Entry No.	

<b>PART V INCIDENT LEADING TO DEATH (Information for the statistical purposes of ONS only)</b>	
If motor vehicle incident, deceased was†	
0. Driver of motor vehicle other than motor cycle	5. Rider of animal; occupant of animal-drawn vehicle
1. Passenger in motor vehicle other than motor cycle	6. Pedal cyclist
2. Motor cyclist	7. Pedestrian
3. Passenger on motor cycle	8. Other specified person <input type="checkbox"/>
4. Occupant of tram car	9. Not known

†Please insert appropriate number in box

**SPECIMEN**



# Annex G Coroner's certificate (reporting on action subsequent to an adjourned inquest) (Form 121 - blue)

Certificate sent to registrar on ..... \*by post/otherwise than by post

**CORONERS' CERTIFICATE**  
furnished under section 16(5) or 16(7)(b) of the Coroners Act 1988

To be completed by Registrar	
Dist & Sub. Dist. Nos.	
Register No.	
Entry No.	

To the registrar of births and deaths for the sub-district of .....  
in respect of the inquest touching the death of .....  
at (place of death).....  
which was adjourned under Section 16(1) of the Coroners Act 1988 on the.....

I hereby certify as follows:

**\*Part A**  
The inquest has not been resumed.

\* (1) No criminal proceedings were instituted in respect of this death.  
\*(But criminal proceedings were instituted in the case of the associated death on .....  
of ..... )

OR

\* (2) Criminal proceedings were instituted on a charge of .....  
.....  
As a result of these proceedings the defendant was .....  
.....  
OR

\* (3) Criminal proceedings were terminated by .....  
.....

**\*Part B**  
The inquest was resumed on .....

(1) The finding of the inquest as to the cause of death:  
\*(a) was as stated in my certificate furnished under Section 16(4) of the Coroners Act 1988, OR  
\*(b) was .....  
.....  
.....  
*(please state cause of death as found at resumed inquest)*

\* (2) No criminal proceedings were instituted in respect of this death.  
\*(But criminal proceedings were instituted in the case of the associated death on .....  
of..... )

OR

\* (3) Criminal proceedings were instituted on a charge of .....  
.....  
and the outcome was .....  
.....  
.....

Date ..... Signature .....

HM Coroner for .....

\*Delete as necessary

# Annex H Declaration of Particulars for the Registration of a Death

BIRTHS AND DEATHS REGISTRATION ACT 1953, Section 23A

## DECLARATION of PARTICULARS for the REGISTRATION of a DEATH

I, \_\_\_\_\_, being a person qualified under the Births and Deaths Registration Act 1953 to give information for the registration of the death of the undermentioned, DO SOLEMNLY DECLARE that the particulars below are those which are required to be registered concerning such death, according to the best of my knowledge and belief.

1. Date and place of death	
2. Name and surname	3. Sex
	4. Maiden surname of woman who has married
5. Date and place of birth	
6. Occupation and usual address	
7. (a) Name and surname of informant	(b) Qualification
(c) Usual address	
8. Cause of death	

SPECIMEN

And I make this declaration solemnly and deliberately, in pursuance of Section 23A of the Births and Deaths Registration Act 1953,

Signature ..... Date  
 Signed and declared by the above }  
 named declarant in the presence of } .....Registrar of Births and Deaths  
 ..... Sub-district .....District  
 Death registered by me at Entry No. ....Registrar  
 ..... Sub-district .....District

**NOTICE:** By Section 4 of the Perjury Act 1911 it is an offence wilfully to make any false declaration for the purposes of any Act relating to the registration of births and deaths.

ŠVEITS

## Todesregister

Jahr \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Name, Vorname und Wohngemeinde

der gestorbenen Person (politische Gemeinde,  
wenn Ausland: Staat)

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Der Arzt/die Ärztin wird gebeten, die ausgefüllte Todesfallkarte nach Abtrennung dieses Abschnitts in dem beigegeführten Briefumschlag umgehend dem Zivilstandsamt zu senden. Der Abschnitt ist für mögliche Rückfragen während mindestens fünf Jahren aufzubewahren. Es wird darauf hingewiesen, dass der Arzt/die Ärztin zur Unterstützung von wissenschaftlichen Forschungsprojekten um zusätzliche, medizinisch bedeutsame Informationen gebeten werden kann. Es besteht keine Auskunftspflicht für solche Fälle.

## 4 Todesfall

Zivilstandskreis

Nr. \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### Todesregister

Jahr \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  1 Streichung der Reg.nr. 2 Andere Ursache für fehlende Reg.nr.  
 3 Verschollenerklärung

Name und Adr. des Arztes/der  
Ärztin bzw. des Spitals/Heimes

Name \_\_\_\_\_

Str., Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Wenn im Ausland gestorben:

**Familienregister** der Gemeinde

- In welchem Staat gestorben

Band-/  
Blattnr. \_\_\_\_\_

1. Todesdatum und -stunde

\_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr (00-24)

2. Geschlecht

M männlich  F weiblich

3. Staatsangehörigkeit (wenn schriften- oder staatenlos: frühere Staatsangehörigkeit)

\_\_\_\_\_

4. Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr (Stunde nur bei Säuglingen unter einem Monat angeben)

5. Wohngemeinde (politische Gemeinde, wenn Ausland: Staat)

\_\_\_\_\_ Kt. \_\_\_\_\_

6. Zivilstand

Staatsang. Ehegatte/-gattin Geburtsdatum Ehegatte/-gattin Datum der Trauung

- wenn verheiratet

1 Schweiz  2 Ausland

- Wenn nicht ledig oder verheiratet:

Datum der Auflösung der letzten Ehe

\_\_\_\_\_

7. Kinder unter elterlicher Gewalt

Anzahl

Bitte alle Datumsangaben nur achtstellig, z.B. 4. März 75 → 04.03.1975

8. Religion

9. Beruf der gestorbenen Person (zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit)

Stellung im Beruf

1. Kind Geb. Datum \_\_\_\_\_ 2. Kind \_\_\_\_\_ 3. Kind \_\_\_\_\_ 4. Kind \_\_\_\_\_

Zu Frage 6: Zivilstand

- 1 ledig
- 2 verheiratet
- 3 verwitwet
- 4 geschieden
- 5 anderer

Zu Frage 8: Religion

- 1 protestantisch
- 2 römisch-katholisch
- 3 christkatholisch
- 4 andere christliche Religion
- 5 israelitisch
- 6 andere Religion
- 7 konfessionslos
- 8 islamisch
- 9 Angabe verweigert/unbekannt

### Ärztliche Bescheinigung der Todesursache

Ia Grundkrankheit, Grundursache (bei Unfällen, Vergiftungen oder anderen gewaltsamen Todesfällen, Art und Ursache angeben)

\_\_\_\_\_

Ib Folgekrankheit, unmittelbare Todesursache

\_\_\_\_\_

II Begleitkrankheiten

\_\_\_\_\_

III Bei Tod durch Unfall, Datum des Unfalls (z.B. 01.09.1999)

\_\_\_\_\_

IV Wurde eine Autopsie durchgeführt? (Zutreffendes ankreuzen)

Ja  Nein

- Wenn ja:

Die Todesursachen wurden durch die Autopsie bestätigt

Ja  Nein

(Zutreffendes ankreuzen)

Resultat der Autopsie noch ausstehend

Ja  Nein

Name u. \_\_\_\_\_

Unterschrift

Adresse \_\_\_\_\_

(Stempel)

TAANI

PERSONNUMMER (CPR nummer)

Mand  Kvinde DØDFØDT 

For dødfødt angives moderens personnummer

FULDE NAVN

ERHVERV/ Tidligere erhverv

BOPÆL adresse, kommune, amt

DØDSSTED adresse, postnr.

Sygehus Plejehjem/  
beskyttet bolig/  
hospice Eget hjem Andet 

Specificer:

FINDESTED hvis dødssted er ukendt

DØSDATO

       
Dag Måned År Time MinutFINDEDATO, hvis  
dødsdato er ukendt    
Dag Måned År

DØDSTEGN

Rigor Livores Cadaverositas Maceratio Andet 

## A. UNDERTEGNEDE LÆGE

Har den  dato  kl.  synet liget af ovennævnte og forefundet ovennævnte dødstegn.

Bekræfter, at der ikke foreligger tilknytningsforhold, som omhandlet i Justitsministeriets bekendtgørelse om lægens adgang til at konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion § 1.

Har ikke fundet omstændigheder af den i lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. § 4 stk. 1 nævnte art, og der er efter mit skøn således ikke grund til mistanke om, at døden er forårsaget ved en forbrydelse, jf. Kirkeministeriets bekendtgørelse om begravelse og ligbrænding § 2 stk. 2, 2. og 3. punktum.

## B. UNDERTEGNEDE LÆGE

Har den  dato  kl.  synet liget af ovennævnte og forefundet ovennævnte dødstegn.

Bekræfter, at der ikke foreligger tilknytningsforhold, som omhandlet i Justitsministeriets bekendtgørelse om lægens adgang til at konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion § 1.

Har fra politiet modtaget meddelelse om, at stedfunden indberetning efter lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. § 4 stk. 1 ikke giver anledning til retslægeligt ligsyn, og at der intet er til hinder for, at ligbrænding kan finde sted, jf. Kirkeministeriets bekendtgørelse om begravelse og ligbrænding nr. 593 af 1. dec.1975 § 2 stk. 2, 2. og 3. punktum.

Dato

Underskrift

Lægens navn og adresse evt. stempel

Dato

Underskrift

Lægens navn og adresse evt. stempel

## C. UNDERTEGNEDE EMBEDSLÆGE (RETSLÆGE)

Har ved retslægeligt ligsyn den  dato  kl.  forefundet dødstegn eller andre forhold der er uforenelige med livets beståen.

Bekræfter, at der ikke foreligger tilknytningsforhold, som omhandlet i Justitsministeriets bekendtgørelse om lægers adgang til at konstatere dødens indtræden, foretage ligsyn, udstede dødsattest og foretage obduktion § 1.

Dato

Underskrift

Embedslægens (retslægens) navn og adresse evt. stempel

## D. POLITIETS PÅTEGNING

Det bekræftes i medfør af lov om ligsyn, obduktion og transplantation m.v. § 7 stk. 2, at der intet er til hinder for at liget begravnes, brændes eller - efter udstedelse af ligpas - føres ud af landet.

Dato

Underskrift

Politiets stempel

# Dødsattest

i henhold til lov nr. 402 af 13. juni 1990 om ligsyn, obduktion og transplantation m.v.

PERSONNUMMER (CPR nummer)

Mand

Kvinde

DØDFØDT

For dødfødt angives moderens personnummer

Barcode area for personal identification

FULDE NAVN

Field for full name

Tidsinterval mellem sygdommens eller skadens opståen og dødens indtræden

## DØDSÅRSAG I Det sygdoms- og skadesforløb som førte til døden:

den umiddelbare dødsårsag var

- A
- B
- C
- D

som var en følge af

som var en følge af

som igen var en følge af (den tilgrundliggende lidelse)

## DØDSÅRSAG II Andre væsentlige sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket til dødens indtræden. Ved misbrug angives misbrugets art.

### DØDSMÅDE

Naturlig død

Ulykke

Selv mord

Drab/Vold

Uoplyst

### OPERATION FORETAGET

I bekræftende fald, for hvilken lidelse:

ja

Operationens art:

nej

Operationsdato:

Large text area for operation details

### OBDUKTION

retslig

anden

forbud

ingen

Hvis yderligere undersøgelser - specificer hvilke:

Supplerende oplysninger:

Large text area for additional information

Retslægeligt ligsyn har fundet sted. Politiets repræsentant var: (stilling, navn og tjenested)

Dato

Lægens underskrift

Lægens navn og adresse evt. stempel

Væsentlige obduktionsfund

Underskrift (af den læge der har påført obduktionsfundene)

Vejledning: se bagsiden

# ANMELDELSE AF DØDFØDSEL

for barn født på sygehus

(i henh. t. lov nr. 671 § 10 af 13. dec. 1978 om jordemoderens anmeldelsespligt)

## Moderen

CPR-nr.

Efternavn

Fornavne

Eget efternavn

Adresse

Bopælskommune

Bopælssogn

Civilstand

Ugift

Gift

Samboende

Sep.

Frask.

Enke

## Barnet

Fødselsdato

Klokkeslæt

Fødested

Køn

Dreng

Pige

Barnet er

død før fødslen

død under fødslen

Barnet er

enkeltfødt

flerfødt som barn

A

B

C

D

Er der rejst faderskabssag?

Nej

Ja, som behandles hos

## Faderen

CPR-nr.

Efternavn

Fornavne

Jordemoderens navn og arbejdssted

Dato

Underskrift

**Sendes til sognepræsten (personregisterføreren) senest 2 hverdage efter fødslen**