



सत्यमेव जयते

उत्तराखण्ड शासन, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग



उत्तराखण्ड शासन

मृत्यु रिपोर्ट
विधिक सूचनायें
यह भाग मृत्यु पंजीका में जुड़ेगा



उत्तराखण्ड शासन

उत्तराखण्ड शासन, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग



सत्यमेव जयते

मृत्यु रिपोर्ट

सांख्यिकी सूचनायें

इस भाग को विधिक भाग से अलग कर सांख्यिकी प्रयोजनार्थ भेजा जायेगा



सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा

- मृत्यु का दिनांक (सही दिवस, मास व वर्ष लिखें).....
- (क) मृतक का नाम (पूरा नाम).....
(ख) मृतक के स्थाई निवास का पता
- मृतक के पिता/पति का नाम
- मृतक की माता का नाम
- मृतक का लिंग (पुरुष/स्त्री)
- मृतक की आयु (यदि मृतक एक वर्ष से अधिक का हो तो पूर्ण वर्ष या एक वर्ष से कम माह का हो तो माह में एवं यदि माह से कम हो तो पूर्ण किये गये दिनों में)
- मृत्यु का स्थान (सही निशान लगायें)
1. अस्पताल/संस्था..... नाम :
2. घर :
3. अन्य स्थान :
- मृतक का मृत्यु के समय पता :
- सूचना देने वाले का नाम :
- पता :

दिनांक :

सूचना देने वाले के हस्ताक्षर

सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा

- ग्राम या शहर का नाम जहां मृतक का निवास हो :
- (क) नाम शहर/ग्राम :
- (ख) क्या शहर अथवा ग्राम है (सही का निशान लगायें)
1. शहर 2. ग्राम
- (ग) जनपद का नाम :
- (घ) प्रदेश का नाम :
- परिवार का धर्म (सही का निशान लगायें)
1. हिन्दू 2. ईसाई 3. मुसलमान 4. सिक्ख 5. अन्य
- मृतक का व्यवसाय : (यदि कोई हो अथवा शून्य लिखें)
- मृत्यु पूर्व किस प्रकार की चिकित्सकीय सुविधा मिली (सही का निशान लगायें)
1. संस्थागत 2. संस्था के अतिरिक्त सेवा
- कोई चिकित्सा सेवा नहीं :

सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा

- क्या मृत्यु का कारण चिकित्सकीय प्रमाणित है
1. हाँ 2. नहीं
- बीमारी का नाम अथवा मृत्यु का वास्तविक कारण :
- यदि मृतक महिला है तो स्पष्ट करें कि क्या मृत्यु प्रसव के समय हुई या गर्भापात के 6 हफ्ते बाद हुई
1. हाँ 2. नहीं
- यदि घृष्पान का आदी था तो कितने वर्षों से :
- यदि आदतन किसी प्रकार का तन्बाकू चबाते हों तो पिछले कितने वर्षों से :
- यदि आदतन सुपारी, किसी प्रकार का पान मसाला आदि का सेवन करते थे :
- क्या शराब पीने के आदी थे, (पिछले कितने वर्षों से)

निबन्धक द्वारा भरा जाना है

पंजीकरण संख्या : पंजीकरण का दिनांक.....

पंजीकरण इकाई :

शहर/ग्राम का नाम :

जनपद :

निबन्धक के हस्ताक्षर

निबन्धक द्वारा भरा जाना है

नाम : कोड

जनपद :

तहसील :

शहर/गांव :

पंजीकरण इकाई का नाम :

पंजीकरण संख्या दिनांक

मृत्यु की तिथि :

आयु : (वर्ष/माह/दिन/घण्टे)

लिंग : (पुरुष/महिला)

मृत्यु का स्थान :

- अस्पताल/संस्था
- घर
- अन्य स्थान

निबन्धक के हस्ताक्षर