



圣马特奥县验尸官办公室

验尸官 Robert J. Foucrault
50 Tower Road, San Mateo, CA 94402
电话: 650-312-5562 传真: 650-571-6258

私人验尸请求

死者信息

死者姓名: _____

死亡日期: _____ 死亡地点: _____

请求人

姓名: _____

与死者关系: _____ 法律文件接收

地址: _____

电话: _____ 备用联系电话: _____

授权:

本人已依法获得授权，有权指示处置上述死者的遗体。

首字母签名 _____

本人授权负责检查遗体的病理学家摘取人体组织、器官及（或）其他标本，并为圣马特奥县验尸官认为适当的诊断、治疗或其他科学用途保存及（或）提供此类人体组织、器官及（或）其他标本组织、器官及（或）其他标本。首字母签名 _____

本人授权验尸官和负责检查遗体的病理学家根据《加州民法典》第 56.10(b)(8) 款规定接收上述死者的医疗信息。首字母签名 _____

本人已知悉，尸检费用为 3675.00 美元，且应于任何侦查或尸检开始前支付该项费用。

本人已清楚，本人有责任向验尸官支付为确定死亡诊断而可能要求的任何及所有检验费用。

首字母签名 _____

本项授权符合《加州政府法典》第 27520 条以及加州圣马特奥县监督委员会第 03587 号条例中有关收费的规定。

签字人: _____ 日期: _____

见证人: _____ 日期: _____



圣马特奥县验尸官办公室

验尸官 Robert J. Foucrault

50 Tower Road, San Mateo, CA 94402

电话: 650-312-5562 传真: 650-571-6258

私人验尸请求

一般信息:

死者姓名:	
死亡日期:	出生日期:
是否已于死者死亡时向本办公室作出报告? 是 否 案件编号:	

医生信息

主治医生

姓名:			
地址:	城市:	州:	邮编:
电话: (家庭)	(工作)	(手机)	

专家/其他:

姓名:			
地址:	城市:	州:	邮编:
电话: (家庭)	(工作)	(手机)	

专家/其他:

姓名:			
地址:	城市:	州:	邮编:
电话: (家庭)	(工作)	(手机)	

住院/医疗机构

医院:	病历编号:
医院:	病历编号:
医院:	病历编号:

