



प्रपत्र सं. 2

मृत्यु सूचना/
मृत्यु रजिस्टर
विविध सूचनाएं

यह भाग मृत्यु पंजीका में जुड़ेगा

बुक क्र./2014/.....
फार्म क्र.-2/फार्म क्र.-8

प्रपत्र सं. 2

(नियम 5 देखें)

मृत्यु सूचना प्रपत्र
सांख्यिकी सूचनाएं

(इसे अलग करके सांख्यिकी प्रसंस्करण के लिए भेजा जाए)

बुक क्र./2014/.....
फार्म क्र.-2मृत्यु सूचना
(प्रतिपत्ति जानकारी)बुक क्र./2014/.....
फार्म क्र.-2

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- मृत्यु की तिथि: _____
(मृत्यु का सही दिन, माह एवं वर्ष अंकित करें जैसे 1-1-2000)
- मृतक का नाम: _____
(पूर्ण जैसे सामान्यतः लिखा जाता है)
- मृतक का लिंग: _____
(पुरुष या महिला अंकित करें, संक्षिप्त में नहीं)
- माता का नाम: _____
- पिता का नाम: _____
- अ. पति/पत्नी का नाम: _____
- मृतक की आयु: _____
(यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से अधिक हो तो आयु पूर्ण वर्षों में दें, यदि मृतक की आयु 1 वर्ष से कम हो तो पूर्ण वर्षों में दें एवं यदि आयु 1 माह से कम हो तो पूर्ण दिनों में दें तथा यदि आयु 1 दिन से कम हो तो पूर्ण घंटों में दें)
- मृत्यु के समय मृतक का पता: _____
- मृतक का स्थायी पता: _____
- मृत्यु का स्थान: (1. अथवा 2 पर सही का निशान लगाएं तथा अस्पताल/संस्थान का नाम/पता एवं जहां मृत्यु हुई हो उस घर का पता)
1. अस्पताल/संस्था, नाम: _____
2. घर, पता: _____
3. अन्य स्थान: _____
- सूचनादाता का नाम: _____
पता: _____
(जब सतम 1 से 21 तक पूरे भर जाएं तब सूचना देने वाला यहां हस्ताक्षर करेगा व तारीख भरेगा)

दिनांक: सूचना देने वाले के हस्ताक्षर या बाएं हाथ के अंगूठे का निशान

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

पंजीकरण संख्या: _____ पंजीकरण दिनांक: _____
पंजीकरण इकाई: _____
शहर/ग्राम: _____ जिला: _____
(टिप्पणी यदि कोई हो)

रजिस्ट्रार का नाम व मोहर सहित हस्ताक्षर

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- ग्राम या शहर, जहां मृतक का निवास हो
(मृतक जहां सामान्यतः रहता हो, क्योंकि मृत्यु की जगह विन्न हो सकती है, वहां का पते की प्रविष्टि आवश्यक नहीं)
क. शहर/ग्राम का नाम: _____
ख. क्या शहर है अथवा ग्राम है (सही का निशान लगाएं)
1. शहर 2. ग्राम
ग. जिले का नाम: _____
घ. राज्य का नाम: _____
- धर्म (सही का निशान लगाएं)
1. हिन्दू 2. मुस्लिम 3. इसाई
4. अन्य धर्म: _____
(धर्म का नाम लिखें)
- मृतक का व्यवसाय: _____
(यदि कोई व्यवसाय नहीं हो तो शून्य लिखें)
- मृत्यु से पूर्व प्राप्त चिकित्सा का प्रकार: (सही का निशान लगाएं)
1. संस्थागत
2. संस्थागत के अलावा अन्य चिकित्सा
3. कोई चिकित्सा प्राप्ता नहीं की

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- क्या मृत्यु का कारण चिकित्सीय रूप से प्रमाणित किया गया (सही का निशान लगाएं)
1. हाँ 2. नहीं
- बीमारी का नाम या मृत्यु का वास्तविक कारण: _____
(सही मृत्यु के लिए बाह्य चिकित्सीय रूप से प्रमाणित हो अथवा नहीं)
- स्त्री मृत्यु की दशा में क्या मृत्यु गर्भावस्था में, प्रसूति के समय या गर्भावस्था के समाप्त होने के बाद 8 सप्ताह के भीतर हुई:
(सही निशान लगाएं)
1. हाँ 2. नहीं
- यदि भ्रूणपान का आदी था तो कितने वर्षों से: _____
- यदि किसी भी रूप में तम्बाकू खाने का आदी था तो कितने वर्षों से: _____
- यदि सुपायी (पान भराता को सम्मिलित करते हुए) खाने का आदी था तो कितने वर्षों से: _____
- यदि एड्स/हैट पीने का आदी था तो कितने वर्षों से: _____
(मरने वाले सतम सम्मिलित हो गए हैं कृपया बाई ओर हस्ताक्षर करें)

सूचनादाता के हस्ताक्षर

(सूचना देने वाले द्वारा भरा जाएगा)

- मृत्यु दिनांक: _____
- लिंग (✓ का निशान लगायें)
(अ) पुरुष (ब) महिला
- मृतक का नाम व पता: _____
- मृत्यु का स्थान: _____
- सूचनादाता का नाम व पता: _____
- सूचना दिनांक: _____

सूचना प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर
दिनांक: _____

रजिस्ट्रार द्वारा भरा जाना है

नाम: _____ कोड संख्या: _____ पंजीकरण संख्या: _____ पंजीकरण दिनांक: _____
जिला: _____ मृत्यु की तिथि: _____ लिंग: 1. पुरुष 2. महिला
तहसील: _____ आयु: _____ (वर्ष/माह/दिन/घंटे)
शहर/ग्राम: _____ मृत्यु का स्थान: 1. अस्पताल/संस्था, 2. घर, 3. अन्य स्थान
पंजीकरण इकाई: _____

रजिस्ट्रार का नाम व मोहर सहित हस्ताक्षर