



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 2 lutego 2015 r.

Poz. 171

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 12 stycznia 2015 r.

w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia

Na podstawie art. 144 ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. poz. 1741 i 1888) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzór karty urodzenia stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór karty martwego urodzenia stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie traci moc z dniem 1 stycznia 2018 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r.²⁾

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka (Dz. U. Nr 27, poz. 232), które traci moc z dniem 1 marca 2015 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 12 stycznia 2015 r. (poz. 171)

Załącznik nr 1

WZÓR

Nazwa podmiotu leczniczego przekazującego kartę

.....

Adres

.....

Tel., faks

.....

NIP, REGON

Karta urodzenia

1. Zaświadczam się, że
imię (imiona)

.....

nazwisko

.....

nazwisko rodowe

2. Urodzona: rok m-c dzień w

.....

Numer PESEL*

3. Urodziła w roku: m-c dniu godz. min

4. Miejsce urodzenia

5. Informacje o stanie zdrowia dziecka, ciąży i porodzie, poprzednich ciążach i porodach matki
dziecka zgodnie z tabelą:

CIĄŻA	PORÓD	NOWORODEK
Czas trwania ciąży: ukończonych tygodni	Poród odbył się ☐ w szpitalu ☐ w domu ☐ w innym miejscu	Płeć ☐ męska ☐ żeńska
Ciężar ciała: g Długość: cm	Data poprzedniego porodu: Rok m-c dzień Było to urodzenie: ☐ żywe ☐ martwe	Skala Apgar: 1 min 5 min 10 min
Liczba wszystkich dzieci urodzonych przez matkę (łącznie z aktualnie urodzonym) A. ogółem (żywo i martwo urodzonych) B. w tym kolejne z żywo urodzonych		Poród był: pojedynczy ☐ mnogi ☐

6. Wykształcenie rodziców:

matka ojciec

(niepełne podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze zawodowe, średnie, policealne, wyższe)

7. Miejsce zamieszkania matki**
(powiat; miasto-dzielnica/delegatura, gmina).....
Województwo**8. Miejsce zamieszkania ojca****
(powiat; miasto-dzielnica/delegatura, gmina).....
Województwo**9. Okres przebywania rodziców na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
na obszarze danej gminy: *****

matka ojciec

(na stałe, czasowo poniżej roku, czasowo poniżej roku z zamiarem przebywania co najmniej rok, rok i więcej)

miejscowość, data

podpis osoby upoważnionej

* W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

** Jeżeli jest znane.

*** Jeżeli jest znany.

WZÓR

Nazwa podmiotu leczniczego przekazującego kartę

.....

Adres

.....

Tel., faks

.....

NIP, REGON

Karta martwego urodzenia

1. Zaświadczam się, że
imię (imiona)

.....

nazwisko

.....

nazwisko rodowe

2. Urodzona: rok m-c dzień w

.....

Numer PESEL*

3. Urodziła w roku: m-c dniu godz. min

4. Miejsce urodzenia

5. Płeć: ☐ męska ☐ żeńska

6. Zgon nastąpił: ☐ przed porodem

☐ w czasie porodu☐ nie ustalono

7. Przyczyna zgonu:

(jeżeli została stwierdzona)

miejscowość, data

podpis osoby upoważnionej

* W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.