



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 19 lutego 2015 r.

Poz. 231

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 11 lutego 2015 r.

w sprawie wzoru karty zgonu

Na podstawie art. 144 ust. 7 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. poz. 1741 i 1888) zarządza się, co następuje:

- § 1. Określa się wzór karty zgonu, stanowiący załącznik 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 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania (Dz. U. Nr 153, poz. 1782 oraz z 2007 r. Nr 1, poz. 9), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 11 lutego 2015 r. (poz. 231)

WZÓR

Karta zgonu

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą*	Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu	Karta dotyczy osoby zmarłej** <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 90%;">dziecka do roku</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>innej osoby</td> </tr> </table>	1	dziecka do roku	2	innej osoby
1	dziecka do roku					
2	innej osoby					

[illegible][illegible]

3. Imię (imiona) osoby zmarłej

4. Nr PESEL osoby zmarlej

[illegible]

6. Data i godzina zgonu**** rok | | | | dzień | | | m-c | | | godz | | | min | | |

albo data i godzina znalezienia rok dzień m-c godz min

7. Data urodzenia osoby zmarłej**** rok dzień m-c godz min

w poz. 7 godz. i min oraz poz. 10–15 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do roku

8. Płeć osoby zmarłej**	1	mężczyzna
	2	kobieta

10. Dziecko pochodziło z porodu**	1	pojedynczego
	2	bliźniaczego
	3	trojaczego
	4	czworaczego
	5	pięcioraczego
	6	sześcioraczego i więcej

9. Miejsce zgonu osoby zmarłej**	1	szpital
	2	podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital
	3	dom
	4	inne

11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę****		
--	--	--

12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach****				
---	--	--	--	--

13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach****		
---	--	--

14. Okres trwania ciąży w tygodniach****		
--	--	--

15. Punkty w skali Apgar****		
-------------------------------------	--	--

16. Miejsce urodzenia osoby zmarłej	
-------------------------------------	--

17. Miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok (miejscowość)	

18. Informacje o przyczynach zgonu, osobie i sposobie stwierdzenia przyczyny zgonu

1) przyczyna zgonu bezpośrednia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

7) przyczyna zgonu bezpośrednia – opis słowny, wraz z kodem ICD-10	w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
--	--

2) przyczyna zgonu wtórna albo w przypadku zgonu w wyniku urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

.....	w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
.....	

3) przyczyna zgonu wyjściowa (pierwotna) albo zewnętrzna przyczyna urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

.....	w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
.....	

4) inne istotne okoliczności przyczyniające się do zgonu, ale niezwiązane z chorobą ani stanem ją powodującym wraz z kodem ICD-10

.....

18a. Przyczyna zgonu: zgon z powodu choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych **

1	tak
2	nie

18b. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu

.....

18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem? **

1	tak
2	nie

18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok? **

1	tak
2	nie

.....
 imię (imiona) i nazwisko osoby sporządzającej
 kartę zgonu oraz jej podpis

 rok

--	--	--	--

 dzień

--	--

 m-c

--	--

Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu¹⁾

Nazwa urzędu stanu cywilnego

19. Wykształcenie osoby zmarłej **

1	wyższe	5	gimnazjalne
2	policealne	6	podstawowe
3	średnie	7	niepełne podstawowe
4	zasadnicze zawodowe	8	nieustalone

20. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej

nazwa	województwa
	gminy
	mięscowości
20a. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze gminy	

 rok

--	--	--	--

 dzień

--	--

 m-c

--	--

Oznaczenie aktu zgonu

.....
 podpis kierownika urzędu stanu cywilnego

¹⁾ Nie jest wymagane w przypadku dziecka martwo urodzonego.

**Część przeznaczona dla
administracji cmentarza²⁾**

1. Nazwisko osoby zmarłej

2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej

3. Imię (imiona) osoby zmarłej

4. Data zgonu**** rok dzień m-c

5. Miejsce zgonu (miejscowość)

6. Data urodzenia osoby zmarłej**** rok dzień m-c

7. Miejsce urodzenia osoby zmarłej

8. Imiona i nazwiska rodziców osoby zmarłej

9. Stan cywilny osoby zmarłej**

1 kawaler	2 panna
3 żonaty	4 zamężna
5 rozwiedziony	6 rozwiedziona
7 wdowiec	8 wdowa

10. Czy zgon nastąpił w wyniku choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych? **

1	tak
2	nie

11. Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu**

a. Zgon został zarejestrowany³⁾

b. Zgon został zgłoszony

.....
podpis kierownika urzędu stanu cywilnego/osoby sporządzającej kartę zgonu**

rok dzień m-c

* Jeżeli dotyczy

** Właściwe zaznaczyć

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

**** Wpisać cyframi arabskimi

²⁾ W przypadku dziecka martwo urodzonego nie wypełnia się rubryk 1–5 oraz 9–11. Rubryki 6–8 wypełnia osoba sporządzająca kartę zgonu.

³⁾ W przypadku zarejestrowania zgonu podaje się oznaczenie aktu zgonu i datę sporządzenia tego aktu.