



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: 5%; text-align: center;">1</td> <td>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 | | | | | |

1. Nazwisko osoby zmarłej

2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej

3. Imię (imiona) osoby zmarłej

4. Nr PESEL osoby zmarłej

5. Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby zmarłej***

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

albo data i godzina znalezienia zwłok**** 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

| | |
|---------------------------|---|
| <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)</p> <p>.....</p> |
|---------------------------|---|

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 |
| | 2 | nie | 1 | tak |
| | | | 2 | nie |

| | | | | |
|---|----------|-----|----------|-----|
| 18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok?*** | 1 | tak | 2 | nie |
| | 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 |
| | miejsowości |
| 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 | rozwódziona | 6 | rozwódziona |
| 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.