

Nazwa podmiotu
wykonującego działalność leczniczą

.....

Karta martwego urodzenia

I. Dane matki dziecka:

1. Nazwisko

2. Imię (imiona)

3. Nazwisko rodowe

4. Data urodzenia (dd-mm-rrrr):

5. Miejsce urodzenia:

6. Numer PESEL¹⁾:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. Miejsce, data i godzina urodzenia dziecka:

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

G	G	M	M
---	---	---	---

W

.....
.....

III. Płeć dziecka: męska żeńska

IV. Czas zgonu:

1. Przed porodem:

2. W czasie porodu:

3. Nie ustalono:

V. Przyczyna zgonu, jeżeli została stwierdzona:

.....

VI. Informacje o stanie zdrowia dziecka²⁾:

1. Długość cm

2. Ciężar ciała g

VII. Informacje o ciąży i porodzie:

1. Okres trwania ciąży: ukończonych tygodni

¹⁾ Numer PESEL wpisuje się, jeżeli został nadany.

²⁾ Jeżeli są możliwe do określenia.

2. Poród: pojedynczy mnogi

3. Miejsce porodu: szpital dom inne miejsce

VIII. Dane o poprzednich ciążyach i porodach matki dziecka:

1. Liczba dzieci urodzonych przez matkę (bez aktualnego urodzenia), w tym:

żywo urodzonych

martwo urodzonych

2. Data poprzedniego porodu (dd-mm-rrrr):

3. Poprzednie urodzenie: żywe martwe

IX. Miejsce zamieszkania rodziców dziecka³⁾:

1. Miejsce zamieszkania matki

(powiat; miasto-dzielnica, gmina)

(województwo)

2. Miejsce zamieszkania ojca

(powiat; miasto-dzielnica, gmina)

(województwo)

3. Okres przebywania rodziców na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze danej gminy³⁾:

Matka: na stałe czasowo poniżej roku czasowo poniżej roku z zamiarem przebywania

co najmniej rok rok i więcej

Ojciec: na stałe czasowo poniżej roku czasowo poniżej roku z zamiarem przebywania

co najmniej rok rok i więcej

X. Wykształcenie rodziców:

Matka: niepełne podstawowe podstawowe gimnazjalne zasadnicze zawodowe

zasadnicze branżowe średnie branżowe średnie policealne wyższe

brak danych

Ojciec: niepełne podstawowe podstawowe gimnazjalne zasadnicze zawodowe

zasadnicze branżowe średnie branżowe średnie policealne wyższe

brak danych

.....
miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

³⁾ Jeżeli jest znane(-ny).