

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; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20px; 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 (miejsceowość)	
---	--

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

1) 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 2	tak nie
--	--------	------------

18b. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu

.....

18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem? **	1 2	tak nie	18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok? **	1 2	tak 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	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

.....
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.