Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą*

Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu

Karta dotyczy osoby zmarłej**

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

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

10. Dziecko pochodziło z porodu**

1	pojedynczego
2	bliźniaczego
3	trojaczego
4	czworaczego
5	pięcioraczego
6	sześcioraczego i więcej

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

……	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 zgonu[1)]

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
	miejscowości

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

Oznaczenie aktu zgonu

rok ____ dzień ____ m-c ____

……
podpis kierownika urzędu stanu cywilnego

[1)] Nie jest wymagane w przypadku dziecka martwo urodzonego.

Część przeznaczona dla administracji cmentarza[2)]

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 zarejestrowany[3)]

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.