

**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	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	rozwidziony	6	rozwidziona
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.

** Właściwie 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 rubryki 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.