

WZÓR
Karta zgonu

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą*	Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu	Karta dotyczy osoby zmarłej** <table><tr><td>1</td><td>dziecka do roku</td></tr><tr><td>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 2	mężczyzna kobieta
----------------------------	--------	----------------------

9. Miejsce zgonu osoby zmarłej**	1 2 3 4	szpital podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital dom inne
-------------------------------------	------------------	--

13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach****		
---	----------------------	----------------------

15. Punkty w skali Apgar****		
------------------------------	----------------------	----------------------

16. Miejsce urodzenia osoby zmarłej	
--	----------------------

17. Miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok (miejscowość)	
---	----------------------

10. Dziecko pochodziło z porodu**	1 2 3 4 5 6	pojedynczego bliźniaczego trojaczego czworaczego pięcioraczego sześcioraczego i więcej
---	----------------------------	---

11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę****		
--	----------------------	----------------------

12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach****				
---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

14. Okres trwania ciąży w tygodniach****		
--	----------------------	----------------------

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 postmortem?**	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**				20. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej	
1	wyższe	5	gimnazjalne	nazwa	województwa
2	policealne	6	podstawowe		gminy
3	średnie	7	niepełne podstawowe		mięscowości
4	zasadnicze zawodowe	8	nieustalone	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 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**	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1 kawaler 3 żonaty 5 rozwiedziony 7 wdowiec </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 2 panna 4 zamężna 6 rozwiedziona 8 wdowa </td> </tr> </table>	1 kawaler 3 żonaty 5 rozwiedziony 7 wdowiec	2 panna 4 zamężna 6 rozwiedziona 8 wdowa		
1 kawaler 3 żonaty 5 rozwiedziony 7 wdowiec	2 panna 4 zamężna 6 rozwiedziona 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? **	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 95%;">tak</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>nie</td> </tr> </table>	1	tak	2	nie
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.

** 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 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.