

**Wzór  
Karta zgonu**

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą*	<b>Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu</b>	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*

<b>8. Płeć osoby zmarłej**</b>	1	mężczyzna
	2	kobieta

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

<b>9. Miejsce zgonu osoby zmarłej**</b>	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

..... .....
----------------

<b>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 **</b>	<b>1</b>	tak
	<b>2</b>	nie

**18b. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu**

..... .....
----------------

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

.....  
imię (imiona) i nazwisko osoby sporządzającej kartę zgonu oraz jej podpis

rok     dzień   m-c

**Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu<sup>1)</sup>**

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

<sup>1)</sup> Nie jest wymagane w przypadku dziecka martwo urodzonego.

