# Karta zgonu

HOSPICJUM ŚWIĘTEGO FRANCISZKA
40-722 Katowice, ul. Piotrowicka 13
NIP: 9541105241 REGON: 272231912
Tel.32/2045499, 32/2517032
NFZ Umowa 121/200335

Oznaczenie podmiotu wydającego kartę zgonu**

**Część I***
**przeznaczona do zarejestrowania zgonu**

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2023 r. (Dz. U. poz. 2734)

**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 ____ m-c ____ dzień ____ godz ____ min ____

**albo data i godzina znalezienia zwłok******** rok ____ m-c ____ dzień ____ godz ____ min ____

**7. Miejsce zgonu albo** ……..

**miejsce znalezienia zwłok (miejscowość)** ……

**8. Data urodzenia osoby zmarłej******** rok ____ m-c ____ dzień ____

**9. Miejsce urodzenia osoby zmarłej (miejscowość)** ……..

| **10. Płeć osoby zmarłej*****| | |
|---|---|---|
| | **1** | Mężczyzna |
| | **2** | Kobieta |

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

rok ____ m-c ____ dzień ____

HOSPICJUM ŚWIĘTEGO FRANCISZKA
40-722 Katowice, ul. Piotrowicka 13
NIP: 9541105241 REGON: 272231912
Tel.32/2045499, 32/2517032
NFZ Umowa 121/200335
Oznaczenie podmiotu wydającego kartę zgonu**

**Część II**
**przeznaczona dla administracji cmentarza[1)]**

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2023 r. (Dz. U. poz. 2734)

**1. Nazwisko osoby zmarłej**

**2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej**

**3. Imię (imiona) osoby zmarłej**

**4. Stan cywilny osoby zmarłej*****

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1** | kawaler | **2** | panna |
| **3** | żonaty | **4** | zamężna |
| **5** | rozwiedziony | **6** | rozwiedziona |
| **7** | wdowiec | **8** | wdowa |

**5. Data zgonu****** rok ____ m-c ____ dzień ____

**6. Miejsce zgonu (miejscowość)** ……..

**7. Data urodzenia osoby zmarłej******** rok ____ m-c ____ dzień ____

**8. Miejsce urodzenia osoby zmarłej** ……..

**9. Imiona i nazwiska rodziców osoby zmarłej**

**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

rok ____ m-c ____ dzień ____

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

## (Wypełnia urząd stanu cywilnego)[2)]

Nazwa urzędu stanu cywilnego ……..

## Zarejestrowanie zgonu / zgłoszenie zgonu********

Zarejestrowanie zgonu:
oznaczenie aktu zgonu ……
data sporządzenia aktu zgonu rok ____ m-c ____ dzień ____

Zgłoszenie zgonu

rok ____ m-c ____ dzień ____

……
imię (imiona) i nazwisko kierownika urzędu stanu cywilnego oraz jego podpis

1) W przypadku dziecka martwo urodzonego nie wypełnia się rubryk 1-6 oraz 10.
2) Nie wypełnia się w przypadku dziecka martwo urodzonego, dla którego nie została ustalona płeć.

| |
|---|
| HOSPICJUM ŚWIĘTEGO FRANCISZKA<br>40-722 Katowice, ul. Piotrowicka 13<br>NIP: 9541105241 REGON: 272231912<br>Tel.32/2045499, 32/2517032<br>NFZ Umowa 121/200335<br>Oznaczenie podmiotu wydającego kartę zgonu** |

**Część III**
**przeznaczona dla potrzeb statystyki publicznej**

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2023 r. (Dz. U. poz. 2734)

| **1. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej, o ile jest znane** |
|---|
| województwo |
| powiat |
| gmina |
| miejscowość |
| **2. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze gminy, o ile jest znany** |

| **3. Wykształcenie osoby zmarłej******* | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | wyższe | 5 | gimnazjalne |
| 2 | policealne | 6 | podstawowe |
| 3 | średnie | 7 | niepełne podstawowe |
| 4 | zasadnicze zawodowe | 8 | nieustalone |

**4. Informacje o przyczynie zgonu**

1) czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post-mortem?*****

| | |
|---|---|
| ☐ | tak |
| ☐ | nie |

2) przyczyna zgonu bezpośrednia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

| | |
|---|---|
| ……<br>……<br>…… | W tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczynya zgonem (lata, miesiące, godziny)<br>……<br>…… |

3) przyczyna zgonu wtórna albo w przypadku zgonu w wyniku urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

| | |
|---|---|
| ……<br>…….....<br>……... | W tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczynya zgonem (lata, miesiące, godziny)<br>……<br>…… |

4) przyczyna zgonu wyjściowa (pierwotna) albo zewnętrzna przyczyna urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

| | |
|---|---|
| ……<br>…….....<br>…… | W tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczynya zgonem (lata, miesiące, godziny)<br>……<br>……. |

5) 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*****

| | |
|---|---|
| ☐ | tak |
| ☐ | nie |

6) inne istotne okoliczności przyczyniające się do zgonu, ale niezwiązane z chorobą ani stanem ją powodującym wraz z kodem ICD-10

……

……

7) czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok?*****

| | |
|---|---|
| ☐ | tak |
| ☐ | nie |

**5. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu**

……

## W przypadku dziecka do roku życia:

**6. Godzina urodzenia dziecka ****** godz. ☐☐ min ☐☐

| | |
|---|---|
| **7. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach****** | ☐☐ |
| **8. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach****** | ☐☐☐☐ |
| **9. Punkty w skali Apgar****** | ☐☐ |
| **10. Okres trwania ciąży w tygodniach****** | ☐☐ |

| | | |
|---|---|---|
| **11. Dziecko pochodziło z porodu******* | **1** | pojedynczego |
| | **2** | bliźniaczego |
| | **3** | trojaczego |
| | **4** | czworaczego |
| | **5** | pięcioraczego |
| | **6** | sześcioraczego i więcej |
| **12. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę****** | | ☐☐ |

rok ☐☐☐☐ m-c ☐☐ dzień ☐☐

……

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

Objaśnienie:

* Wypełnić dane, jeżeli są znane.

** Należy wpisać nazwę podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo zakładu medycyny sądowej, a w przypadku lekarza powołanego przez starostę imię (imiona) i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu.

*** W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość.

**** Wpisać cyframi arabskimi.

***** Właściwe zaznaczyć.

****** Właściwe wypełnić.

Pouczenie:

1. Karta zgonu jest drukowana jednostronnie i wydawana podmiotom mającym prawo pochowania zwłok, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych w jednym egzemplarzu.
2. Podmiot, któremu zostanie wydana karta zgonu, przedkłada ją kierownikowi urzędu stanu cywilnego, który uzupełnia ją wraz z adnotacją o zarejestrowaniu zgonu w rejestrze stanu cywilnego lub adnotacją o zgłoszeniu zgonu, jeżeli z powodu niedostępności rejestru nie jest możliwe zarejestrowanie zgonu w dniu jego zgłoszenia (nie dotyczy dziecka martwo urodzonego).
3. Podmiot, któremu została wydana karta zgonu, przekazuje II część karty zgonu administracji cmentarza w celu pochowania zwłok po jej uzupełnieniu przez kierownika urzędu stanu cywilnego o adnotację o zarejestrowaniu zgonu lub zgłoszeniu zgonu.
4. Podmiot, który wypełnia kartę zgonu, zgodnie z art. 11 ust. 3e ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych przekazuje dane zawarte w III części karty zgonu służbom statystyki publicznej.