**Załącznik nr 2 do SWZ według do rozporządzenia Ministra Zdrowia**

**z dnia 23 lipca 2021 r. (poz.1448)**

*WZÓR*

**Karta zgonu**

**Część przeznaczona do zarejestrowania**

**zgonu**

Nazwa podmiotu

wykonującego działalność leczniczą\*

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\*\*\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  rok |  |  |  |  | dzień |  |  | m-c |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  godz. |  |  | min |  |  |

**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\*\*\*\***

|  |
| --- |
|  *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****6** | pięcioraczegosześcioraczego 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.**  | **1** | tak |
|  **o cmentarzach i chowaniu zmarłych \*\*** | **2** | nie |

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

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania postmortem?\*\*** | **1****2** | taknie | **18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok?\*\*** | **1****2** | taknie |

 ……………….…………………………..……………………

 imię (imiona) i nazwisko osoby sporządzającej

kartę zgonu oraz jej podpis

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| rok |  |  |  |  | dzień |  |  | m-c |  |  |

**Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu[[1]](#footnote-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

**Część przeznaczona dla administracji cmentarza2)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwisko osoby zmarłej[[2]](#footnote-2)** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Imię (imiona) osoby zmarłej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| rok |  |  |  |  | dzień |  |  | m-c |  |  |

**4. Data zgonu**\*\*\*\*

|  |  |
| --- | --- |
|  **5. Miejsce zgonu (miejscowość)** | …………………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| rok |  |  |  |  | dzień |  |  | m-c |  |  |

 **6. Data urodzenia osoby zmarłej\*\*\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| **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.**  | **1** | tak |
|  **o cmentarzach i chowaniu zmarłych?** **\*\*** | **2** | nie |

|  |
| --- |
| **11. Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu\*\*** |
| 1. **Zgon został zarejestrowany[[3]](#footnote-3))**
 |
| 1. **Zgon został zgłoszony**
 |

 ....……………………..…………………………..…………………

podpis kierownika urzędu stanu cywilnego/osoby sporządzającej kartę zgonu\*\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| rok |  |  |  |  | dzień |  |  | m-c |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \* | Jeżeli dotyczy. |
| \*\* | Właściwe zaznaczyć. |
| \*\*\* | Wprzypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość. |
| \*\*\*\* | Wpisać cyframi arabskimi.  |

1. ) Nie jest wymagane w przypadku dziecka martwo urodzonego. [↑](#footnote-ref-1)
2. ) W przypadku dziecka martwo urodzonego nie wypełnia się rubryk 1–5 oraz 9–11. Rubryki 6–8 wypełnia osoba sporządzająca kartę zgonu. [↑](#footnote-ref-2)
3. ) W przypadku zarejestrowania zgonu podaje się oznaczenie aktu zgonu i datę sporządzenia tego aktu. [↑](#footnote-ref-3)