**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** | pięcioraczego  sześcioraczego 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** | tak  nie | **18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok?\*\*** | **1**  **2** | tak  nie |

……………….…………………………..……………………

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)