

Warszawa, dnia 12 czerwca 2019 r.

Poz. 1085

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 24 maja 2019 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty zgonu

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523 oraz z 2018 r. poz. 2243) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. poz. 231), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. poz. 2220).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. poz. 2220), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2017 r.”.

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 24 maja 2019 r. (poz. 1085)

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 11 lutego 2015 r.

w sprawie wzoru karty zgonu

Na podstawie art. 144 ust. 7 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2224 oraz z 2019 r. poz. 730) zarządza się, co następuje:

- § 1. Określa się wzór karty zgonu, stanowiący załącznik do rozporządzenia.
- § 2.²⁾ Rozporządzenie traci moc z dniem 1 stycznia 2023 r.
- § 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r.³⁾

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. poz. 2220), które weszło w życie z dniem 15 grudnia 2017 r.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania (Dz. U. poz. 1782 oraz z 2007 r. poz. 9), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 11 lutego 2015 r.

WZÓR

Karta zgonu

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------|---|--------------|---|------------|---|-------------|---|---------------|---|-------------------------|
| Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą* | Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu | 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dzień <input type="text"/> <input type="text"/> m-c <input type="text"/> <input type="text"/> godz. <input type="text"/> <input type="text"/> min <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| albo data i godzina znalezienia zwłok**** | | | | | | | | | | | | | | |
| rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dzień <input type="text"/> <input type="text"/> m-c <input type="text"/> <input type="text"/> godz. <input type="text"/> <input type="text"/> min <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Data urodzenia osoby zmarłej**** | | | | | | | | | | | | | | |
| rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dzień <input type="text"/> <input type="text"/> m-c <input type="text"/> <input type="text"/> godz. <input type="text"/> <input type="text"/> min <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>w poz. 7 godz. i min oraz poz. 10–15 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do roku</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Płeć osoby zmarłej** | 1 mężczyzna 2 kobieta | 10. Dziecko pochodziło z porodu** | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td>pojedynczego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>bliźniaczego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>trojaczego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>czworaczego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>pięcioraczego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>sześcioraczego i więcej</td> </tr> </table> | 1 | pojedynczego | 2 | bliźniaczego | 3 | trojaczego | 4 | czworaczego | 5 | pięcioraczego | 6 | sześcioraczego i więcej |
| 1 | pojedynczego | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | bliźniaczego | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | trojaczego | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | czworaczego | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | pięcioraczego | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | sześcioraczego i więcej | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę**** | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| 12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach**** | | 13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach**** | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| 14. Okres trwania ciąży w tygodniach**** | | 15. Punkty w skali Apgar**** | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| 16. Miejsce urodzenia osoby zmarłej | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok (miejsceowość) | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Informacje o przyczynach zgonu, osobie i sposobie stwierdzenia przyczyny zgonu | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) przyczyna zgonu bezpośrednia – opis słowny wraz z kodem ICD-10 | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny) | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

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 2 | tak nie |
|--|--------|------------|

18b. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu

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

| | | | | | |
|--|--------|------------|--|--------|------------|
| 18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem? ** | 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 zgonu¹⁾

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

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dzień <input type="text"/> <input type="text"/> m-c <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Miejsce zgonu (miejscowość) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Data urodzenia osoby zmarłej**** | rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dzień <input type="text"/> <input type="text"/> m-c <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 25%;">kawaler</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25%;">panna</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>żonaty</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>zamężna</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>rozwidziony</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td>rozwidziona</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td>wdowiec</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td>wdowa</td> </tr> </table> | 1 | kawaler | 2 | panna | 3 | żonaty | 4 | zamężna | 5 | rozwidziony | 6 | rozwidziona | 7 | wdowiec | 8 | wdowa | |
| 1 | kawaler | 2 | panna | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | żonaty | 4 | zamężna | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | rozwidziony | 6 | rozwidziona | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. 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.

** Właściwe 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.