



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

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****																						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> rok dzień m-c godz. min </div>																						
albo data i godzina znalezienia zwłok****																						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> rok dzień m-c godz. min </div>																						
7. Data urodzenia osoby zmarłej****																						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> rok dzień m-c godz. min </div>																						
<i>w poz. 7 godz. i min oraz poz. 10–15 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do roku</i>																						
8. Płeć osoby zmarłej**	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td>mężczyzna</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>kobieta</td> </tr> </table>	1	mężczyzna	2	kobieta	10. Dziecko pochodziło z porodu**																
1	mężczyzna																					
2	kobieta																					
9. Miejsce zgonu osoby zmarłej**	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td>szpital</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>dom</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>inne</td> </tr> </table>	1	szpital	2	podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital	3	dom	4	inne	<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	szpital																					
2	podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital																					
3	dom																					
4	inne																					
1	pojedynczego																					
2	bliźniaczego																					
3	trojaczego																					
4	czworaczego																					
5	pięcioraczego																					
6	sześcioraczego i więcej																					
13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach****		11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę****																				
15. Punkty w skali Apgar****		12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach****																				
16. Miejsce urodzenia osoby zmarłej		14. Okres trwania ciąży w tygodniach****																				
17. Miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok (miejsceowość)																						
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>		w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny) <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

.....

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	tak
	2	nie

18b. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu

.....

18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem? **	1	tak	18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok? **	1	tak
	2	nie		2	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 (miejsowość)																	
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="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 50px;">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.