



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 20 grudnia 2023 r.

Poz. 2734

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 7 grudnia 2023 r.

#### w sprawie wzoru karty zgonu

Na podstawie art. 11 ust. 4c ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r. poz. 887 i 1688) zarządza się, co następuje:

- § 1. Wzór karty zgonu jest określony w załączniku do rozporządzenia.
- § 2. Karty zgonu wydane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zachowują ważność.
- § 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: *E. Krajewska*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 listopada 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2587).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2021 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. poz. 1448 oraz z 2022 r. poz. 2839), które traci moc z dniem 1 stycznia 2024 r.

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

*WZÓR*  
**Karta zgonu**

Oznaczenie podmiotu wydającego kartę zgonu\*\*

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

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

Oznaczenie podmiotu wydającego kartę zgonu\*\*

**Część II  
przeznaczona dla administracji  
cmentarza<sup>1)</sup>**

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	rozwódziony	6	rozwódziona
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

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

rok [ ][ ][ ][ ] m-c [ ][ ] dzień [ ][ ]

**(Wypełnia urząd stanu cywilnego)<sup>2)</sup>**

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  rok     m-c   dzień  .....  
imię (imiona) i nazwisko kierownika  
urzędu stanu cywilnego oraz jego podpis

<sup>1)</sup> W przypadku dziecka martwo urodzonego nie wypełnia się rubryk 1–6 oraz 10.

<sup>2)</sup> Nie wypełnia się w przypadku dziecka martwo urodzonego, dla którego nie została ustalona płeć.

Oznaczenie podmiotu wydającego kartę zgonu**	<p><b>Część III</b>  <b>przeznaczona dla</b>  <b>potrzeb statystyki publicznej</b></p>
<b>1. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej, o ile jest znane</b>	
województwo	
powiat	
gmina	
miejscowość	
<b>2. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze gminy, o ile jest znany</b>	

<b>3. Wykształcenie osoby zmarłej*****</b>			
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?\*\*\*\*\*

<input type="checkbox"/>	tak
<input type="checkbox"/>	nie

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

..... .....	W tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny) ..... .....
----------------	---

3) 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) ..... .....
----------------	---

4) 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) ..... .....
----------------	---

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\*\*\*\*\*

<input type="checkbox"/>	tak
<input type="checkbox"/>	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?\*\*\*\*\*

<input type="checkbox"/>	tak
<input type="checkbox"/>	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*****	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach*****	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Punkty w skali Apgar*****	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Okres trwania ciąży w tygodniach*****	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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*****	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

rok     m-c   dzień

## 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.