

Warszawa, dnia 10 sierpnia 2021 r.

Poz. 1448

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

z dnia 23 lipca 2021 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 2021 r. poz. 709) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się wzór karty zgonu, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie traci moc z dniem 1 stycznia 2023 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 5 października 2021 r.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: wz. *W. Kraska*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. z 2019 r. poz. 1085), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. poz. 2320 oraz z 2021 r. poz. 72, 802, 1135 i 1163).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2021 r. (poz. 1448)

*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     dzień   m-c   godz.   min

albo data i godzina znalezienia zwłok\*\*\*\* rok     dzień   m-c   godz.   min

7. Data urodzenia osoby zmarłej\*\*\*\* rok     dzień   m-c   godz.   min

*w poz. 7 godz. i min oraz poz. 10-15 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do roku*

<b>8. Płeć osoby zmarłej**</b>	1	mężczyzna
	2	kobieta

<b>10. Dziecko pochodziło z porodu**</b>	1	pojedynczego
	2	bliźniaczego
	3	trojaczego
	4	czworaczego
	5	pięcioraczego
	6	sześcioraczego i więcej

<b>9. Miejsce zgonu osoby zmarłej**</b>	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\*\*\*\*

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

<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>W tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)</p> <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

..... .....
----------------

<b>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**</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">tak</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">nie</td> </tr> </table>	1	tak	2	nie
1	tak				
2	nie				

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

..... .....
----------------

<b>18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem?***</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">tak</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">nie</td> </tr> </table>	1	tak	2	nie	<b>18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok?***</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">tak</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">nie</td> </tr> </table>	1	tak	2	nie
1	tak										
2	nie										
1	tak										
2	nie										

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

rok     dzień   m-c

**Zarejestrowanie zgonu / zgłoszenie zgonu<sup>1)</sup>**

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
<b>20a. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze gminy</b>	

rok     dzień   m-c

Oznaczenie aktu zgonu	
-----------------------	--

.....  
podpis kierownika urzędu stanu cywilnego

<sup>1)</sup> Nie jest wymagane w przypadku dziecka martwo urodzonego.

