



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 19 lutego 2015 r.

Poz. 231

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

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. poz. 1741 i 1888) zarządza się, co następuje:

- § 1. Określa się wzór karty zgonu, stanowiący załącznik do rozporządzenia.
- § 2. Rozporządzenie traci moc z dniem 1 stycznia 2018 r.
- § 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania (Dz. U. Nr 153, poz. 1782 oraz z 2007 r. Nr 1, poz. 9), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 11 lutego 2015 r. (poz. 231)

## WZÓR

## Karta zgonu

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą*	<b>Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu</b>	Karta dotyczy osoby zmarłej** <table border="1" style="width: 100%;"> <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

8. Płeć osoby zmarłej**		<table border="1" style="width: 100%;"> <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
1	mężczyzna					
2	kobieta					

10. Dziecko pochodziło z porodu**		<table border="1" style="width: 100%;"> <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**		<table border="1" style="width: 100%;"> <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
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>	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

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

<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>	<b>1</b>	tak
	<b>2</b>	nie

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

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

<b>18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem?***</b>	<b>1</b>	tak	<b>1</b>	tak
	<b>2</b>	nie	<b>2</b>	nie

<b>18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok?***</b>	<b>1</b>	tak	<b>1</b>	tak
	<b>2</b>	nie	<b>2</b>	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
20a. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze gminy	

rok     dzień   m-c

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

.....  
 podpis kierownika urzędu stanu cywilnego

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

**Część przeznaczona dla  
administracji cmentarza<sup>2)</sup>**

1. Nazwisko osoby zmarłej

2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej

3. Imię (imiona) osoby zmarłej

4. Data zgonu\*\*\*\* rok [ ][ ][ ][ ] dzień [ ][ ] m-c [ ][ ]

5. Miejsce zgonu (miejscowość)

6. Data urodzenia osoby zmarłej\*\*\*\* rok [ ][ ][ ][ ] dzień [ ][ ] m-c [ ][ ]

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	rozwódzony	6	rozwódzona
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? \*\*

1	tak
2	nie

11. Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu\*\*

a. Zgon został zarejestrowany<sup>3)</sup>

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.

<sup>2)</sup> W przypadku dziecka martwo urodzonego nie wypełnia się rubryk 1–5 oraz 9–11. Rubryki 6–8 wypełnia osoba sporządzająca kartę zgonu.

<sup>3)</sup> W przypadku zarejestrowania zgonu podaje się oznaczenie aktu zgonu i datę sporządzenia tego aktu.