

Polski Czerwony Krzyż  
Małopolski Oddział Okręgowy Czerwonego Krzyża  
Dom Polskiego Czerwonego Krzyża w Krakowie  
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (5170)  
ul. Olszańska 5, 31-513 Kraków  
kod resort 000000006156/01/003  
REGON 00702373100193 NFZ 061/200064

**Część przeznaczona do  
zarejestrowania  
zgonu**

Karta dotyczy osoby zmarłej\*\*

|   |                 |
|---|-----------------|
| 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\*\*\*  
DOWÓD OSOBISTY

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\*\*  
1 mężczyzna  
2 kobieta

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

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

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) Kraków ul. Olszańska 5

**18. Informacje o przyczynach zgonu, osobie i sposobie stwierdzenia przyczyny zgonu**

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

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

2) przyczyna zgonu wtórna albo w przypadku zgonu w wyniku urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

|                |  |
|----------------|--|
| .....<br>..... | w tym przybliżony odstęp między<br>wystąpieniem przyczyny a zgonem<br>(lata, miesiące, godziny)<br>..... |
|----------------|--|

3) przyczyna zgonu wyjściowa (pierwotna) albo zewnętrzna przyczyna urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

|                |  |
|----------------|--|
| .....<br>..... | w tym przybliżony odstęp między<br>wystąpieniem przyczyny a zgonem<br>(lata, miesiące, godziny)<br>..... |
|----------------|--|

4) inne istotne okoliczności przyczyniające się do zgonu, ale niezwiązane z chorobą ani stanem ją powodującym wraz z kodem ICD-10

|                |
|----------------|
| .....<br>..... |
|----------------|

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

|                |
|----------------|
| .....<br>..... |
|----------------|

18c. Czy była przeprowadzona sekcja  
zwłok lub inne badania post mortem? \*\*

|   |     |
|---|-----|
| 1 | tak |
| 2 | nie |

18d. Czy przyczyna zgonu  
podana powyżej uwzględnia  
wyniki sekcji zwłok? \*\*

|   |     |
|---|-----|
| 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** |                     |   |                     | 20. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej  |             |
|-----------------------------------|---------------------|---|---------------------|---|-------------|
| 1                                 | wyższe              | 5 | gimnazjalne         | nazwa   | województwa |
| 2                                 | policealne          | 6 | podstawowe          |   | gminy       |
| 3                                 | średnie             | 7 | niepełne podstawowe |   | miescowości |
| 4                                 | zasadnicze zawodowe | 8 | nieustalone         | 20a. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej<br>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 rozwiedziony | 6 rozwiedziona |
| 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.