

rok | | | | m-c | | | dzień | |

Form A3

Oznaczenie podmiotu wydającego kartę zgonu**

**Część III
przeznaczona dla
potrzeb statystyki publicznej**

1. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej, o ile jest znane
województwo
powiat
gmina
miejsowość
2. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze gminy, o ile jest znany

3. Wykształcenie osoby zmarłej**			
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 postmortem?*****	1 tak 2 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 *****	
1 tak 2 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?*****	
1 tak 2 nie	

5. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu
.....

stv. 2

stv. 3

form

AL4

Część II przeznaczona dla administracji cmentarza¹⁾

Oznaczenie podmiotu wydającego kartę zgonu**

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	rozwiędziony	6	rozwiędziona
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 (miejscowość)

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

rok m-c dzień

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

(Wypełnia urząd stanu cywilnego)¹⁾

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

¹⁾ W przypadku dziecka martwo urodzonego nie wypełnia się rubryk 1-6 oraz 10.
²⁾ Nie wypełnia się w przypadku dziecka martwo urodzonego, dla którego nie została ustalona płeć.