



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 2 lutego 2015 r.

Poz. 171

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 12 stycznia 2015 r.

w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia

Na podstawie art. 144 ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. poz. 1741 i 1888) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzór karty urodzenia stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór karty martwego urodzenia stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie traci moc z dniem 1 stycznia 2018 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 marca 2015 r.²⁾

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

¹⁾ 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).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2015 r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka (Dz. U. Nr 27, poz. 232), które traci moc z dniem 1 marca 2015 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 12 stycznia 2015 r. (poz. 171)

Załącznik nr 1

WZÓR

Nazwa podmiotu leczniczego przekazującego kartę

.....

Adres

.....

Tel., faks

.....

NIP, REGON

Karta urodzenia

1. Zaświadczam się, że
imię (imiona)

.....

nazwisko

.....

nazwisko rodowe

2. Urodzona: rok m-c dzień w

.....

Numer PESEL*

3. Urodziła w roku: m-c dniu godz. min

4. Miejsce urodzenia

5. Informacje o stanie zdrowia dziecka, ciąży i porodzie, poprzednich ciążach i porodach matki
dziecka zgodnie z tabelą:

CIĄŻA	PORÓD	NOWORODEK
Czas trwania ciąży: ukończonych tygodni	Poród odbył się <input type="checkbox"/> w szpitalu <input type="checkbox"/> w domu <input type="checkbox"/> w innym miejscu	Płeć <input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska
Ciężar ciała: g Długość: cm	Data poprzedniego porodu: Rok m-c dzień Było to urodzenie: <input type="checkbox"/> żywe <input type="checkbox"/> martwe	Skala Apgar: 1 min 5 min 10 min
Liczba wszystkich dzieci urodzonych przez matkę (łącznie z aktualnie urodzonym) A. ogółem (żywo i martwo urodzonych) B. w tym kolejne z żywo urodzonych	Poród był: pojedynczy <input type="checkbox"/> mnogi <input type="checkbox"/>	

6. Wykształcenie rodziców:

matka ojciec

(niepełne podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze zawodowe, średnie, policealne, wyższe)

7. Miejsce zamieszkania matki**
(powiat; miasto-dzielnica/delegatura, gmina).....
Województwo**8. Miejsce zamieszkania ojca****
(powiat; miasto-dzielnica/delegatura, gmina).....
Województwo**9. Okres przebywania rodziców na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze danej gminy: *****

matka ojciec

(na stałe, czasowo poniżej roku, czasowo poniżej roku z zamiarem przebywania co najmniej rok, rok i więcej)

miejsowość, data

podpis osoby upoważnionej

* W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

** Jeżeli jest znane.

*** Jeżeli jest znany.

WZÓR

Nazwa podmiotu leczniczego przekazującego kartę

.....

Adres

.....

Tel., faks

.....

NIP, REGON

Karta martwego urodzenia

1. **Zaświadczam się, że**
imię (imiona)

.....

nazwisko

.....

nazwisko rodowe

2. **Urodzona: rok** **m-c** **dzień** **w**

.....

Numer PESEL*

3. **Urodziła w roku:** **m-c** **dniu** **godz.** **min**

4. **Miejsce urodzenia**

5. **Płeć:** **męska** **żeńska**

6. **Zgon nastąpił:** przed porodem

 w czasie porodu nie ustalono

7. **Przyczyna zgonu:**

(jeżeli została stwierdzona)

miejsowość, data

podpis osoby upoważnionej

* W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.