

Warszawa, dnia 5 sierpnia 2021 r.

Poz. 1421

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

z dnia 15 lipca 2021 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. z 2021 r. poz. 709) 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 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 7 grudnia 2017 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia (Dz. U. poz. 2305), 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).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 15 lipca 2021 r. (poz. 1421)

**Załącznik nr 1***WZÓR*

Oznaczenie podmiotu  
wykonującego działalność leczniczą

.....

**Karta urodzenia****I. Dane matki dziecka:**

1. Nazwisko: .....

2. Imię (imiona): .....

3. Nazwisko rodowe: .....

4. Data urodzenia (dd-mm-rrrr): .....

5. Miejsce urodzenia: .....

6. Numer PESEL<sup>1)</sup>:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**II. Miejsce, data i godzina urodzenia dziecka:**

D	D	M	M	R	R	R	R		G	G	M	M
---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---

 w .....

III. Płeć dziecka:    męska     żeńska

**IV. Informacje o stanie zdrowia dziecka:**

1. Długość: ..... cm

2. Ciężar ciała: ..... g

3. Punkty w skali Apgar:

1 min .....

5 min .....

10 min .....

**V. Informacje o ciąży i porodzie:**

1. Okres trwania ciąży: ..... ukończonych tygodni

2. Poród: pojedynczy     mnogi

3. Miejsce porodu: szpital     dom     inne miejsce

<sup>1)</sup> Numer PESEL wpisuje się, jeżeli został nadany.

## VI. Dane o poprzednich ciążyach i porodach matki dziecka:

1. Liczba dzieci urodzonych przez matkę (bez aktualnego urodzenia) ..... , w tym:  
żywo urodzonych .....  
martwo urodzonych .....
2. Data poprzedniego porodu (dd-mm-rrrr): .....
3. Poprzednie urodzenie: żywe  martwe

VII. Miejsce zamieszkania rodziców dziecka<sup>2)</sup>:

1. Miejsce zamieszkania matki: .....  
(powiat, miasto-dzielnica, gmina) (województwo)
2. Miejsce zamieszkania ojca: .....  
(powiat, miasto-dzielnica, gmina) (województwo)
3. Okres przebywania rodziców na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze danej gminy<sup>2)</sup>:  
Matka: na stałe  czasowo poniżej roku  czasowo poniżej roku z zamiarem przebywania co najmniej rok  rok i więcej   
Ojciec: na stałe  czasowo poniżej roku  czasowo poniżej roku z zamiarem przebywania co najmniej rok  rok i więcej

## VIII. Wykształcenie rodziców:

- Matka: niepełne podstawowe  podstawowe  gimnazjalne   
zasadnicze zawodowe  zasadnicze branżowe  średnie branżowe   
średnie  policealne  wyższe  brak danych
- Ojciec: niepełne podstawowe  podstawowe  gimnazjalne   
zasadnicze zawodowe  zasadnicze branżowe  średnie branżowe   
średnie  policealne  wyższe  brak danych

.....  
miejsowość i data.....  
podpis osoby upoważnionej

---

<sup>2)</sup> Jeżeli jest znane(-ny).

## WZÓR

Oznaczenie podmiotu  
wykonującego działalność leczniczą

.....

**Karta martwego urodzenia**

## I. Dane matki dziecka:

1. Nazwisko: .....
2. Imię (imiona): .....
3. Nazwisko rodowe: .....
4. Data urodzenia (dd-mm-rrrr): .....
5. Miejsce urodzenia: .....
6. Numer PESEL<sup>1)</sup>:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## II. Miejsce, data i godzina urodzenia dziecka:

D	D	M	M	R	R	R	R		G	G	M	M
---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---

 w .....III. Płeć dziecka:    męska     żeńska 

## IV. Czas zgonu:

1. Przed porodem
2. W czasie porodu
3. Nie ustalono

## V. Przyczyna zgonu, jeżeli została stwierdzona: .....

.....

VI. Informacje o stanie zdrowia dziecka<sup>2)</sup>:

1. Długość: ..... cm
2. Ciężar ciała: ..... g

## VII. Informacje o ciąży i porodzie:

1. Okres trwania ciąży: ..... ukończonych tygodni
2. Poród: pojedynczy     mnogi
3. Miejsce porodu: szpital     dom     inne miejsce

<sup>1)</sup> Numer PESEL wpisuje się, jeżeli został nadany.

<sup>2)</sup> Jeżeli są możliwe do określenia.

## VIII. Dane o poprzednich ciążach i porodach matki dziecka:

1. Liczba dzieci urodzonych przez matkę (bez aktualnego urodzenia) ..... , w tym:  
żywo urodzonych .....  
martwo urodzonych .....
2. Data poprzedniego porodu (dd-mm-rrrr): .....
3. Poprzednie urodzenie: żywe  martwe

IX. Miejsce zamieszkania rodziców dziecka<sup>3)</sup>:

1. Miejsce zamieszkania matki: .....  
(powiat, miasto-dzielnica, gmina) (województwo)
2. Miejsce zamieszkania ojca: .....  
(powiat, miasto-dzielnica, gmina) (województwo)
3. Okres przebywania rodziców na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze danej gminy<sup>3)</sup>:  
Matka: na stałe  czasowo poniżej roku  czasowo poniżej roku z zamiarem przebywania co najmniej rok  rok i więcej   
Ojciec: na stałe  czasowo poniżej roku  czasowo poniżej roku z zamiarem przebywania co najmniej rok  rok i więcej

## X. Wychowanie rodziców:

- Matka: niepełne podstawowe  podstawowe  gimnazjalne   
zasadnicze zawodowe  zasadnicze branżowe  średnie branżowe   
średnie  policealne  wyższe  brak danych
- Ojciec: niepełne podstawowe  podstawowe  gimnazjalne   
zasadnicze zawodowe  zasadnicze branżowe  średnie branżowe   
średnie  policealne  wyższe  brak danych

.....  
miejscowość i data.....  
podpis osoby upoważnionej

---

<sup>3)</sup> Jeżeli jest znane(-ny).