|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | .................................................... |  |  | Częstochowa, dnia.............................. |
|  |  | Pieczątka Oddziału |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   | **KARTA SKIEROWANIA ZWŁOK OSOBY ZMARŁEJ DO CHŁODNI** |   |  |
|  |   | **DANE OSOBY ZMARŁEJ** |   |  |
|  |   | .................................................... | .................................................... | .................................................... |   |  |
|  |   | Imię | Nazwisko | Płeć |   |  |
|  |   | .................................................... | .................................................... | .................................................... |   |  |
|  |   | PESEL lub Nr dok. Tożsamości | Znaki Szczególne | Data i godz. zgonu |   |  |
|  |   | **MIEJSCE ZGONU** |   |  |
|  |   | ODDZIAŁ SZPITALNY | .......................................................................................................... |   |  |
|  |   | GODZINA SKIEROWANIA ZWŁOK OSOBY ZMARŁEJ DO CHŁODNI: | **............ : ............** |   |  |
|  |   | **DANE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ** |   |  |
|  |   | .................................................... | .................................................... | .................................................... |   |  |
|  |   | Stanowisko | Imię i Nazwisko | Podpis i pieczątka |   |  |
|  |   | **FIRMA TRANSPORTOWA** |   |  |
|  |   | .................................................... | .................................................... | .................................................... |   |  |
|  |   | Data i godzina transportu | Imię i Nazwisko | Podpis  |   |  |
|  |   | **KOSTNICA SZPITALNA** |   |  |
|  |   | GODZINA PRZYJĘCIA ZWŁOK OSOBY ZMARŁEJ DO CHŁODNI: | **............ : ............** |   |  |
|  |   | DANE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ |   |  |
|  |   | .................................................... | .................................................... | .................................................... |   |  |
|  |   | Stanowisko | Imię i Nazwisko | Podpis |   |  |
| Druk wewnętrzny Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie opracowany zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. |
|  |
| **Karta skierowania** **zwłok/szczątków dziecka martwo urodzonego** **do chłodni w prosektorium**…………………………. *pieczątka oddziału***Zwłoki / szczątki dziecka martwo urodzonego**Nazwisko matki z ewentualnym wpisem ,,córka" lub ,,syn"..................................................................................................................................................................pesel matki □□□□□□□□□□□ numer historii choroby □□□□□/□□□□Data i godzina poronienia lub tożsama data i godzina urodzenia i zgonu dziecka martwo urodzonego............................................./................................................Godzina skierowania zwłok / szczątków dziecka martwo urodzonego do chłodni................................Według oświadczenia matki (decyzji dotyczącej postępowania ze zwłokami / szczątkami dziecka martwo urodzonego) □ odbiór zwłok / szczątków dziecka martwo urodzonego przez rodzinę celem pochówku□ pozostawienie zwłok / szczątków dziecka martwo urodzonego celem zbiorowego pochówku organizowanego przez MOPS w obrządku rzymsko – katolickim |
| Imię i nazwisko oraz podpis położnej sporządzającej kartę..................................................................................................................................................................Godzina przyjęcia zwłok / szczątków dziecka martwo urodzonego do chłodni.......................................Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej.................................................................................................................................................................. |