|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | .................................................... |  |  | 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  .................................................................................................................................................................. | | | | | | | | | |