



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ6_IN1_F2

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYDANIA KARTY ZGONU/
KARTY MARTWEGO URODZENIA/ ZAŚWIADCZENIA O MARTWYM URODZENIU**

Imię i nazwisko Rodzica:

PESEL:

seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość:

(jeśli nie posiada PESEL)

Aktualny adres zamieszkania:

W związku z przebyłym poronieniem/martwym urodzeniem oświadczam, iż zostałam poinformowana przez personel medyczny Szpitala Klinicznego im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej-SPZOZ w Bydgoszczy - Oddziału Klinicznego Położnictwa, Perinatologii i Ginekologii o przysługującym mi prawie wystąpienia z wnioskiem o wydanie:

- Zaświadczenia o martwym urodzeniu bez względu na czas trwania ciąży**
 Karty martwego urodzenia
 Karty zgonu (*)

mojego dziecka.

W związku z powyższym:

Wnoszę **Nie wnoszę** o wydanie dokumentacji niezbędnej do rejestracji płodu/dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego.

Wnoszę **Nie wnoszę** o wydanie Zaświadczenia o martwym urodzeniu uprawniającego do wypłaty zasiłku macierzyńskiego lub pogrzebowego- bez konieczności określenia płci.

Wybierz jeden z poniższych punktów (zaznacz):

- Oświadczam, że dokonam pochówku szczątków płodu/zwłok dziecka martwo urodzonego we własnym zakresie.
 Oświadczam że nie chcę dokonać pochówku szczątków /zwłok dziecka we własnym zakresie i jednocześnie wyrażam zgodę na dokonanie pochówku przez gminę.
 Oświadczam że nie chcę dokonać pochówku szczątków/zwłok dziecka we własnym zakresie i jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie płodu do badań naukowych i celów dydaktycznych do:

uczelni

Katedry Anatomii Prawidłowej Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu(*)

Oświadczam, że jestem osobą ubezpieczoną **nie jestem osobą ubezpieczoną(*) i wyrażam zgodę na używanie tytułu uprawniającego do zwrotu zasiłku pogrzebowego.**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Zostałam poinformowana, że miejscem pochówku jest Cmentarz Komunalny w Bydgoszczy, ul. Wiślana 20, 85-773 Bydgoszcz, Grób Dzieci Utraconych, kwatera dziecięca.

**zaznaczyć właściwe*

<i>Data</i>	<i>Czytelny podpis matki dziecka</i>