

**REJESTR SZCZĄTKÓW
I
DZIECI MARTWO URODZONYCH**

REJESTR SZCZĄTKÓW I DZIECI MARTWO URODZONYCH

Lp.	Imię,nazwisko matki Pesel lub seria i nr dokumentu tożsamości	Data i godzina poronienie/zgonu	Oddział	Data i godz. skierowania szczątków lub dzieci martwo urodzonych do chłodni	Data i godz. przyjęcia szczątków lub dzieci martwo urodzonych do chłodni	Adnotacje o wykonanej sekcji (tak/nie)	Data i godz. wydania szczątków lub dzieci martwo urodzonych	Imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej szczątki lub dzieci martwo urodzone do pochówku