

Vzor číslic pro vyplnění rodného čísla:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                     |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>List o prohlídce zemřelého</b>                                                                                                                                                                                                                                          |  | Oprava: 1. ano 2. ne                                                                                | Zdravotní pojišťovna..I _ I _ I (kód)<br>Číslo pojištění I _ I _ I _ I _ I _ I _ I |
| <b>Část A – Matriční úřad</b>                                                                                                                                                                                                                                              |  | <b>Mrtvě narozené dítě<sup>x</sup>)</b> : 1. ano 2. ne                                              | <b>Osoba neznámé totožnosti:</b> 1. ano 2. ne                                      |
| 1. Jméno, popř. jména .....                                                                                                                                                                                                                                                |  | Příjmení:.....                                                                                      | Rodné příjmení:.....                                                               |
| 2. Datum narození: I _ I _ I _ I _ I _ I u osob nezjištěné totožnosti přibližné stáří I _ I _ I                                                                                                                                                                            |  | <b>Rodné číslo</b>                                                                                  | / /                                                                                |
| 3. Pohlaví: 1. Muž 2. Žena                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 4. Státní občanství: 1. ČR 2. Jiné, uveďte jaké.....                                                |                                                                                    |
| 5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok): I _ I _ I _ I _ I _ I                                                                                                                                                                                                                    |  | čas úmrtí (hh : mm) I _ I : I _ I                                                                   |                                                                                    |
| Jedná se o pravděpodobné datum určené na základě odhadu 1. ano 2. ne                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                     |                                                                                    |
| 6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, část obce, k.ú .....                                                                                                                                                                                                         |  | Jedná se o místo                                                                                    |                                                                                    |
| č.p, č.evid..... okres.....                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1. úmrtí<br>2. nálezu                                                                               |                                                                                    |
| 7. Místo narození obec:.....okres.....<br>u narozených v cizině: stát:.....                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                     |                                                                                    |
| 8. Místo trvalého pobytu : ulice, č.p. ....<br>obec:.....okres:.....stát:.....                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                     |                                                                                    |
| 9. Nejvyšší ukončené vzdělání : 1. základní, bez vzdělání 2. střední bez maturity, včetně vyučených 3. střední s maturitou<br>4. vyšší odborné 5. vysokoškolské 6. nezjištěno                                                                                              |  |                                                                                                     |                                                                                    |
| 10. Stav: 1. svobodný(á) 2. ženatý/vdaná 3. rozvedený(á) 4. ovdovělý(á)<br>5. partnerství 6. zaniklé partnerství rozhodnutím 7. zaniklé partnerství smrtí 8. nezjištěno                                                                                                    |  |                                                                                                     |                                                                                    |
| 11. Jméno, popř. jména a příjmení manžela(ky) /partnera(ky) zemřelého, pokud žije .....                                                                                                                                                                                    |  | Datum narození manžela(ky) /partnera(ky) zemřelého I _ I _ I _ I _ I _ I                            |                                                                                    |
| 12a Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké.....<br>2. ne                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                     |                                                                                    |
| 13a Návrh prohlížejícího lékaře:.....<br>.....pitva vyžadována 1. ano 2. ne                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                     |                                                                                    |
| (určení pitvy patologicko-anatomické nebo zdravotní, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.) |  |                                                                                                     |                                                                                    |
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb                                                                                                                                                                                                                              |  | IČ I _ I _ I _ I _ I _ I PČZ I _ I _ I ODD I _ I _ I                                                |                                                                                    |
| Název poskytovatele zdravotních služeb .....                                                                                                                                                                                                                               |  | Telefon I _ I _ I _ I _ I _ I                                                                       |                                                                                    |
| Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého.....                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                     |                                                                                    |
| V.....dne.....<br>(místo prohlídky) (den, měsíc, rok a hodina prohlídky)                                                                                                                                                                                                   |  | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého |                                                                                    |

**Vyplní se pouze v případě vyžádání pitvy**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 12b Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké.....<br>2. ne                                                                                                                                                                                                               |                                                                                  |
| 13b Sdělení pitvajícího lékaře:.....<br>(rozhodnutí o neprovedení pitvy, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.) |                                                                                  |
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb - pitva                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |
| Název poskytovatele zdravotních služeb .....                                                                                                                                                                                                                                                   | IČ I _ I _ I _ I _ I _ I PČZ I _ I _ I ODD I _ I _ I                             |
| Jméno a příjmení lékaře, který provedl pitvu .....                                                                                                                                                                                                                                             | Telefon I _ I _ I _ I _ I _ I                                                    |
| V.....dne.....<br>(místo pitvy) (den, měsíc, rok a hodina pitvy)                                                                                                                                                                                                                               | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl pitvu |

Vzor číslic pro vyplnění rodného čísla:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                     |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>List o prohlídce zemřelého</b>                                                                                                                                                                                                                                          |  | Oprava: 1. ano 2. ne                                                                                | Zdravotní pojišťovna..I _ I _ I (kód)<br>Číslo pojištěnce I _ I _ I _ I _ I _ I _ I |
| <b>Část A – Provozovatel pohřební služby</b>                                                                                                                                                                                                                               |  | <b>Mrtvě narozené dítě<sup>*)</sup> : 1. ano 2. ne</b>                                              | <b>Osoba neznámé totožnosti: 1. ano 2. ne</b>                                       |
| 1. Jméno, popř. jména .....                                                                                                                                                                                                                                                |  | Příjmení:.....                                                                                      | Rodné příjmení:.....                                                                |
| 2. Datum narození: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I u osob nezjištěné totožnosti přibližné stáří I _ I _ I                                                                                                                                                                        |  | <b>Rodné číslo</b>                                                                                  | / /                                                                                 |
| 3. Pohlaví: 1. Muž 2. Žena                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 4. Státní občanství: 1. ČR 2. Jiné, uveďte jaké.....                                                |                                                                                     |
| 5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok): I _ I _ I _ I _ I _ I                                                                                                                                                                                                                    |  | čas úmrtí (hh : mm) I _ I : I _ I                                                                   |                                                                                     |
| Jedná se o pravděpodobné datum určené na základě odhadu 1. ano 2. ne                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                     |                                                                                     |
| 6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, část obce, k.ú .....                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                     | Jedná se o místo                                                                    |
| č.p, č.evid..... okres.....                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                     | 1. úmrtí<br>2. nálezu                                                               |
| 7. Místo narození obec:.....okres.....<br>u narozených v cizině: stát:.....                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                     |                                                                                     |
| 8. Místo trvalého pobytu : ulice, č.p. ....<br>obec:.....okres:.....stát:.....                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                     |                                                                                     |
| 9. Nejvyšší ukončené vzdělání : 1. základní, bez vzdělání 2. střední bez maturity, včetně vyučených 3. střední s maturitou<br>4. vyšší odborné 5. vysokoškolské 6. nezjištěno                                                                                              |  |                                                                                                     |                                                                                     |
| 10. Stav: 1. svobodný(á) 2. ženatý/vdaná 3. rozvedený(á) 4. ovdovělý(á)<br>5. partnerství 6. zaniklé partnerství rozhodnutím 7. zaniklé partnerství smrtí 8. nezjištěno                                                                                                    |  |                                                                                                     |                                                                                     |
| 11. Jméno, popř. jména a příjmení manžela(ky) /partnera(ky) zemřelého, pokud žije .....                                                                                                                                                                                    |  | Datum narození manžela(ky) /partnera(ky) zemřelého I _ I _ I _ I _ I _ I                            |                                                                                     |
| 12a Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké.....<br>2. ne                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                     |                                                                                     |
| 13a Návrh prohlížejícího lékaře:.....<br>.....pitva vyžadována 1. ano 2. ne                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                     |                                                                                     |
| (určení pitvy patologicko-anatomické nebo zdravotní, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.) |  |                                                                                                     |                                                                                     |
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb                                                                                                                                                                                                                              |  | IČ I _ I _ I _ I _ I _ I PČZ I _ I _ I ODD I _ I                                                    |                                                                                     |
| Název poskytovatele zdravotních služeb .....                                                                                                                                                                                                                               |  | Telefon I _ I _ I _ I _ I _ I                                                                       |                                                                                     |
| Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého.....                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                     |                                                                                     |
| V.....dne.....<br>(místo prohlídky) (den, měsíc, rok a hodina prohlídky)                                                                                                                                                                                                   |  | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého |                                                                                     |

**Vyplní se pouze v případě vyžádání pitvy**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 12b Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké.....<br>2. ne                                                                                                                                                                                                               |                                                                                  |
| 13b Sdělení pitvajícího lékaře:.....<br>(rozhodnutí o neprovedení pitvy, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.) |                                                                                  |
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb - pitva                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |
| Název poskytovatele zdravotních služeb .....                                                                                                                                                                                                                                                   | IČ I _ I _ I _ I _ I _ I PČZ I _ I _ I ODD I _ I                                 |
| Jméno a příjmení lékaře, který provedl pitvu .....                                                                                                                                                                                                                                             | Telefon I _ I _ I _ I _ I _ I                                                    |
| V.....dne.....<br>(místo pitvy) (den, měsíc, rok a hodina pitvy)                                                                                                                                                                                                                               | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl pitvu |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                                                                                                     |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>List o prohlídce zemřelého</b>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                      | Oprava: 1. ano 2. ne                                                                                | Zdravotní pojišťovna: I _ _ _ I (kód)<br>Číslo pojištěnce I _ _ _ _ _ I _ _ _ _ |
| <b>Část A – Osoba zajišťující pohřbení</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      | <b>Mrtvě narozené dítě<sup>x)</sup> : 1. ano 2. ne</b>                                              | <b>Osoba neznámé totožnosti: 1. ano 2. ne</b>                                   |
| 1. Jméno, popř. jména .....                                                                                                                                                                                                                                                |                                                      | Příjmení: .....                                                                                     |                                                                                 |
| 2. Datum narození: I _ _ _ I _ _ _ I u osob nezjištěné totožnosti přibližné stáří I _ _ I                                                                                                                                                                                  |                                                      | Rodné příjmení: .....                                                                               |                                                                                 |
| 3. Pohlaví: 1. Muž 2. Žena                                                                                                                                                                                                                                                 | 4. Státní občanství: 1. ČR 2. Jiné, uveďte jaké..... |                                                                                                     |                                                                                 |
| 5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok): I _ _ I _ _ I _ _ I                                                                                                                                                                                                                      |                                                      | čas úmrtí (hh : mm) I _ _ I : I _ _ I                                                               |                                                                                 |
| Jedná se o pravděpodobné datum určené na základě odhadu 1. ano 2. ne                                                                                                                                                                                                       |                                                      |                                                                                                     |                                                                                 |
| 6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, část obce, k.ú .....                                                                                                                                                                                                         |                                                      | Jedná se o místo                                                                                    |                                                                                 |
| č.p, č.evid..... okres.....                                                                                                                                                                                                                                                |                                                      | 1. úmrtí<br>2. nálezu                                                                               |                                                                                 |
| 7. Místo narození obec: .....okres.....<br>u narozených v cizině: stát: .....                                                                                                                                                                                              |                                                      |                                                                                                     |                                                                                 |
| 8. Místo trvalého pobytu : ulice, č.p. ....<br>obec: .....okres: .....stát: .....                                                                                                                                                                                          |                                                      |                                                                                                     |                                                                                 |
| 9. Nejvyšší ukončené vzdělání : 1. základní, bez vzdělání 2. střední bez maturity, včetně vyučených 3. střední s maturitou<br>4. vyšší odborné 5. vysokoškolské 6. nezjištěno                                                                                              |                                                      |                                                                                                     |                                                                                 |
| 10. Stav: 1. svobodný(á) 2. ženatý/vdaná 3. rozvedený(á) 4. ovdovělý(á)<br>5. partnerství 6. zaniklé partnerství rozhodnutím 7. zaniklé partnerství smrtí 8. nezjištěno                                                                                                    |                                                      |                                                                                                     |                                                                                 |
| 11. Jméno, popř. jména a příjmení manžela(ky) /partnera(ky) zemřelého, pokud žije .....                                                                                                                                                                                    |                                                      | Datum narození manžela(ky) /partnera(ky) zemřelého I _ _ _ I _ _ _ I                                |                                                                                 |
| 12a Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké.....<br>2. ne                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                     |                                                                                 |
| 13a Návrh prohlížejícího lékaře:.....<br>.....pitva vyžadována 1. ano 2. ne                                                                                                                                                                                                |                                                      |                                                                                                     |                                                                                 |
| (určení pitvy patologicko-anatomické nebo zdravotní, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.) |                                                      |                                                                                                     |                                                                                 |
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb                                                                                                                                                                                                                              |                                                      | IČ I _ _ _ I _ _ _ I PČZ I _ _ _ I ODD I _ _ I                                                      |                                                                                 |
| Název poskytovatele zdravotních služeb .....                                                                                                                                                                                                                               |                                                      | Telefon I _ _ _ I _ _ _ I                                                                           |                                                                                 |
| Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého.....                                                                                                                                                                                                       |                                                      |                                                                                                     |                                                                                 |
| V.....dne.....<br>(místo prohlídky) (den, měsíc, rok a hodina prohlídky)                                                                                                                                                                                                   |                                                      | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého |                                                                                 |

**Vyplní se pouze v případě vyžádání pitvy**

|                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 12b Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké.....<br>2. ne                                                                                                                                                                       |  |
| 13b Sdělení pitvajícího lékaře:.....<br>.....                                                                                                                                                                                                          |  |
| (rozhodnutí o neprovedení pitvy, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.) |  |
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb - pitva                                                                                                                                                                                                  |  |
| Název poskytovatele zdravotních služeb .....                                                                                                                                                                                                           |  |
| Jméno a příjmení lékaře, který provedl pitvu .....                                                                                                                                                                                                     |  |
| Telefon I _ _ _ I _ _ _ I                                                                                                                                                                                                                              |  |
| V.....dne.....<br>(místo pitvy) (den, měsíc, rok a hodina pitvy)                                                                                                                                                                                       |  |
| razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl pitvu                                                                                                                                                                       |  |

Vzor číslic pro vyplnění rodného čísla:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>List o prohlídce zemřelého</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    | Oprava: 1. ano 2. ne                                                                                | Zdravotní pojišťovna..I _ _ _ I (kód)<br>Číslo pojištění I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I |
| <b>Část B1 – ÚZIS ČR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    | <b>Mrtvě narozené dítě<sup>x)</sup> : 1. ano 2. ne</b>                                              |                                                                                    |
| 1. Jméno, popř. jména .....                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    | Příjmení:.....                                                                                      | Rodné příjmení:.....                                                               |
| 2. Datum narození: I _ _ I I _ _ I I _ _ I u osob nezjištěné totožnosti přibližné stáří I _ I                                                                                                                                                                                                     |                                                    | <b>Rodné číslo</b>                                                                                  | I _ _ I I _ _ I I _ _ I / I _ I I _ _ I                                            |
| 3. Pohlaví: 1. Muž 2. Žena                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    | 4. Státní občanství: 1. ČR 2. Jiné, uveďte jaké.....                                                |                                                                                    |
| 5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok): I _ _ I I _ _ I I _ _ I                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    | čas úmrtí (hh : mm) I _ I : I _ I                                                                   |                                                                                    |
| Jedná se o pravděpodobné datum určené na základě odhadu 1. ano 2. ne                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, část obce, k.ú .....                                                                                                                                                                                                                                |                                                    | Jedná se o místo                                                                                    |                                                                                    |
| č.p, č.evid..... okres.....                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    | 1. úmrtí<br>2. nálezu                                                                               |                                                                                    |
| 7. Místo narození obec:.....okres.....<br>u narozených v cizině: stát:.....                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 8. Místo trvalého pobytu (u novorozenců bydliště matky): ulice, č.p. ....<br>obec:.....okres:.....stát:.....                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 9. Nejvyšší ukončené vzdělání : 1. základní, bez vzdělání 2. střední bez maturity, včetně vyučených 3. střední s maturitou<br>4. vyšší odborné 5. vysokoškolské 6. nezjištěno                                                                                                                     |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 10. Stav: 1. svobodný(á) 2. ženatý/vdaná 3. rozvedený(á) 4. ovdovělý(á)<br>5. partnerství 6. zaniklé partnerství rozhodnutím 7. zaniklé partnerství smrtí 8. nezjištěno                                                                                                                           |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 11. Jméno, popř. jména a příjmení manžela(ky) /partnera(ky) zemřelého, pokud žije .....                                                                                                                                                                                                           |                                                    | Datum narození manžela(ky) /partnera(ky) zemřelého I _ _ I I _ _ I I _ _ I                          |                                                                                    |
| 12a. Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké.....<br>2. ne                                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 13a Návrh prohlížejícího lékaře:.....<br>.....pitva vyžadována 1. ano 2. ne                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| (určení pitvy patologicko-anatomické nebo zdravotní, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.)                        |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| <b>Další informace o zemřelém a o úmrtí:</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 14. Kde nastalo úmrtí:<br>1. doma 2. ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče 3. ve zdr. zařízení poskytujícím jiné formy zdravotní péče<br>4. na ulici, veřejném místě 5. při převozu do zdravotnického zařízení 6. v zařízení sociálních služeb<br>7. jinde, specifikujte kde ..... 8. nezjištěno |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 15. Datum narození matky u dětí mrtvě narozených a zemřelých do 1 roku I _ _ I I _ _ I I _ _ I                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 16. Zemřelé těhotné ženy nebo ženy, které rodily či potratily v 365 dnech před smrtí                                                                                                                                                                                                              | úmrtí v těhotenství                                | 1. ano 2. ne                                                                                        | délka těhotenství I _ I týdnů                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | úmrtí při porodu / potratu                         | 1. ano 2. ne                                                                                        | Ukončení těhotenství: datum I _ _ I I _ _ I I _ _ I                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | úmrtí v šestinedělí (do 42. dne po porodu/potratu) | 1. ano 2. ne                                                                                        | způsob: 1. potrat 2. porod                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | úmrtí v rozmezí 43 dnů až 1 rok po porodu/potratu  | 1. ano 2. ne                                                                                        | místo: název poskytovatele.....                                                    |
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb<br>Název poskytovatele zdravotních služeb .....                                                                                                                                                                                                     |                                                    | IČ I _ _ I I _ _ I I _ _ I PČZ I _ _ I ODD I _ _ I                                                  |                                                                                    |
| Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého.....                                                                                                                                                                                                                              |                                                    | Telefon I _ _ I I _ _ I I _ _ I                                                                     |                                                                                    |
| V.....dne.....<br>(místo prohlídky) (den, měsíc, rok a hodina prohlídky)                                                                                                                                                                                                                          |                                                    | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého |                                                                                    |

Vzor číslic pro vyplnění rodného čísla:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>List o prohlídce zemřelého</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    | Oprava: 1. ano 2. ne                                                                                | Zdravotní pojišťovna..I _ _ _ I (kód)<br>Číslo pojištění I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I |
| <b>Část B1 – Zdravotnická dokumentace</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    | <b>Mrtvě narozené dítě<sup>x)</sup> : 1. ano 2. ne</b>                                              |                                                                                    |
| 1. Jméno, popř. jména .....                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    | Příjmení:.....                                                                                      | Rodné příjmení:.....                                                               |
| 2. Datum narození: I _ _ I I _ _ I I _ _ I u osob nezjištěné totožnosti přibližné stáří I _ I                                                                                                                                                                                                     |                                                    | <b>Rodné číslo</b>                                                                                  | I _ _ I I _ _ I I _ _ I / I _ I I _ _ I                                            |
| 3. Pohlaví: 1. Muž 2. Žena                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    | 4. Státní občanství: 1. ČR 2. Jiné, uveďte jaké.....                                                |                                                                                    |
| 5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok): I _ _ I I _ _ I I _ _ I                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    | čas úmrtí (hh : mm) I _ I I _ I                                                                     |                                                                                    |
| Jedná se o pravděpodobné datum určené na základě odhadu 1. ano 2. ne                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého: obec, část obce, k.ú .....                                                                                                                                                                                                                                |                                                    | Jedná se o místo                                                                                    |                                                                                    |
| č.p., č.evid..... okres.....                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    | 1. úmrtí<br>2. nálezu                                                                               |                                                                                    |
| 7. Místo narození obec:.....okres.....<br>u narozených v cizině: stát:.....                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 8. Místo trvalého pobytu (u novorozenců bydliště matky): ulice, č.p. ....<br>obec:.....okres:.....stát:.....                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 9. Nejvyšší ukončené vzdělání : 1. základní, bez vzdělání 2. střední bez maturity, včetně vyučených 3. střední s maturitou<br>4. vyšší odborné 5. vysokoškolské 6. nezjištěno                                                                                                                     |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 10. Stav: 1. svobodný(á) 2. ženatý/vdaná 3. rozvedený(á) 4. ovdovělý(á)<br>5. partnerství 6. zaniklé partnerství rozhodnutím 7. zaniklé partnerství smrtí 8. nezjištěno                                                                                                                           |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 11. Jméno, popř. jména a příjmení manžela(ky) /partnera(ky) zemřelého, pokud žije .....                                                                                                                                                                                                           |                                                    | Datum narození manžela(ky) /partnera(ky) zemřelého I _ _ I I _ _ I I _ _ I                          |                                                                                    |
| 12a. Nesnímatelné náhrady nebo protézy z drahých kovů 1. ano - jaké.....<br>2. ne                                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 13a. Návrh prohlížejícího lékaře:.....<br>.....pitva vyžadována 1. ano 2. ne                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| (určení pitvy patologicko-anatomické nebo zdravotní, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření , že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.)                       |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| <b>Další informace o zemřelém a o úmrtí:</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 14. Kde nastalo úmrtí:<br>1. doma 2. ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče 3. ve zdr. zařízení poskytujícím jiné formy zdravotní péče<br>4. na ulici, veřejném místě 5. při převozu do zdravotnického zařízení 6. v zařízení sociálních služeb<br>7. jinde, specifikujte kde ..... 8. nezjištěno |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 15. Datum narození matky u dětí mrtvě narozených a zemřelých do 1 roku I _ _ I I _ _ I I _ _ I                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                                                                                                     |                                                                                    |
| 16. Zemřelé těhotné ženy nebo ženy, které rodily či potratily v 365 dnech před smrtí                                                                                                                                                                                                              | úmrtí v těhotenství                                | 1. ano 2. ne                                                                                        | délka těhotenství I _ I týdnů                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | úmrtí při porodu / potratu                         | 1. ano 2. ne                                                                                        | Ukončení těhotenství: datum I _ _ I I _ _ I I _ _ I                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | úmrtí v šestinedělí (do 42. dne po porodu/potratu) | 1. ano 2. ne                                                                                        | způsob: 1. potrat 2. porod                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | úmrtí v rozmezí 43 dnů až 1 rok po porodu/potratu  | 1. ano 2. ne                                                                                        | místo: název poskytovatele.....                                                    |
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb<br>Název poskytovatele zdravotních služeb .....                                                                                                                                                                                                     |                                                    | IČ I _ _ I I _ _ I I _ _ I PČZ I _ _ I ODD I _ _ I                                                  |                                                                                    |
| Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého .....                                                                                                                                                                                                                             |                                                    | Telefon I _ _ I I _ _ I I _ _ I I _ _ I                                                             |                                                                                    |
| V.....dne.....<br>(místo prohlídky) (den, měsíc, rok a hodina prohlídky)                                                                                                                                                                                                                          |                                                    | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého |                                                                                    |

**Vyjádření lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého**

| 17. Příčina smrti                                                                                                               | Slovní popis stavu | Kód MKN | Přibližný interval mezi začátkem příznaků stavu a smrtí |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|---------------------------------------------------------|
| I. Nemoc (stav), který(á) přímo vedl(a) ke smrti (bezprostřední příčina smrti) <sup>xx)</sup>                                   | a) (jako následek) |         |                                                         |
| Nemoci, stavy, které vedly k příčině uvedené výše, základní příčina smrti je uvedena jako poslední                              | b) (jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 | c) (jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 | d) (jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 |                    |         |                                                         |
| II. Jiné závažné chorobné stavy nebo změny, které přispěly ke smrti, ale nevztahují se k nemoci nebo stavu, který smrt způsobil |                    |         |                                                         |

18. Je podezření, že se jedná o úmrtí v souvislosti s užitím či užíváním nelegálních návykových látek? 1. ano 2. ne

|                 |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                           |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19. Jedná se o: | 1. přirozenou smrt<br>2. nehodu<br>3. sebevraždu<br>4. vraždu<br>5. úmrtí ve válce<br>6. šetření nejsou ukončena<br>7. nezjištěno | 20. V případě jiné než přirozené smrti vypište mechanismus smrti, dále činnost, při které k poranění došlo a místo, kde se událost přihodila .....<br>.....aktivita I _ I _ místo I _ I _ |
|                 | 21. Datum události (den,měsíc,rok) I _ I _ I _ I _ I _ I _                                                                        | Kód MKN (V01-Y98) I _ I _ I _ I _                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb<br>Název poskytovatele zdravotních služeb .....<br>Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého.....<br>..... | IČ I _ I _ I _ I _ I _ PČZ I _ I _ I _ ODD I _ I _<br>Telefon I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                             |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| V ..... dne .....<br>(místo prohlídky) (den, měsíc, rok a hodina prohlídky) | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Vyjádření lékaře, který provedl pitvu těla zemřelého**

22. Rozhodnuto pitvu provést 1. ano 2. ne

| 23. Příčina smrti                                                                                                               | Slovní popis stavu | Kód MKN | Přibližný interval mezi začátkem příznaků stavu a smrtí |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|---------------------------------------------------------|
| I. Nemoc (stav), který(á) přímo vedl(a) ke smrti (bezprostřední příčina smrti) <sup>xx)</sup>                                   | a) (jako následek) |         |                                                         |
| Nemoci, stavy, které vedly k příčině uvedené výše, základní příčina smrti je uvedena jako poslední                              | b) (jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 | c) (jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 | d) (jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 |                    |         |                                                         |
| II. Jiné závažné chorobné stavy nebo změny, které přispěly ke smrti, ale nevztahují se k nemoci nebo stavu, který smrt způsobil |                    |         |                                                         |

24. Je podezření, že se jedná o úmrtí v souvislosti s užitím či užíváním nelegálních návykových látek? 1. ano 2. ne

|                 |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                           |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25. Jedná se o: | 1. přirozenou smrt<br>2. nehodu<br>3. sebevraždu<br>4. vraždu<br>5. úmrtí ve válce<br>6. šetření nejsou ukončena<br>7. nezjištěno | 26. V případě jiné než přirozené smrti vypište mechanismus smrti, dále činnost, při které k poranění došlo a místo, kde se událost přihodila .....<br>.....aktivita I _ I _ místo I _ I _ |
|                 | 27. datum události (den,měsíc,rok) I _ I _ I _ I _ I _ I _                                                                        | Kód MKN (V01-Y98) I _ I _ I _ I _                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                    |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb - pitva<br>Název poskytovatele zdravotních služeb.....<br>Jméno a příjmení lékaře, který provedl pitvu.....<br>..... | IČ I _ I _ I _ I _ I _ PČZ I _ I _ I _ ODD I _ I _<br>Telefon I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                     |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| V ..... dne .....<br>(místo pitvy) (den, měsíc, rok a hodina pitvy) | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl pitvu |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

### Vyjádření lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého

| 17. Příčina smrti                                                                                                               | Slovní popis stavu    | Kód MKN | Přibližný interval mezi začátkem příznaků stavu a smrtí |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------|---------------------------------------------------------|
| I. Nemoc (stav), který(á) přímo vedl(a) ke smrti (bezprostřední příčina smrti) <sup>xx)</sup>                                   | a)<br>(jako následek) |         |                                                         |
| Nemoci, stavy, které vedly k příčině uvedené výše, základní příčina smrti je uvedena jako poslední                              | b)<br>(jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 | c)<br>(jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 | d)<br>(jako následek) |         |                                                         |
| II. Jiné závažné chorobné stavy nebo změny, které přispěly ke smrti, ale nevztahují se k nemoci nebo stavu, který smrt způsobil |                       |         |                                                         |
|                                                                                                                                 |                       |         |                                                         |
|                                                                                                                                 |                       |         |                                                         |

18. Je podezření, že se jedná o úmrtí v souvislosti s užitím či užíváním nelegálních návykových látek? 1. ano 2. ne

|                 |                            |                                                                                                                                                    |  |
|-----------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 19. Jedná se o: | 1. přirozenou smrt         | 20. V případě jiné než přirozené smrti vypište mechanismus smrti, dále činnost, při které k poranění došlo a místo, kde se událost přihodila ..... |  |
|                 | 2. nehodu                  |                                                                                                                                                    |  |
|                 | 3. sebevraždu              | .....aktivita     místo                                                                                                                            |  |
|                 | 4. vraždu                  |                                                                                                                                                    |  |
|                 | 5. úmrtí ve válce          | 21. Datum události (den,měsíc,rok)  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Kód MKN (V01-Y98)  _ _ _ _                                                                |  |
|                 | 6. šetření nejsou ukončena |                                                                                                                                                    |  |
|                 | 7. nejištěno               |                                                                                                                                                    |  |

|                                                                      |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb                        |                                                        |
| Název poskytovatele zdravotních služeb .....                         | IČ   _   _   _   _   _   _   PČZ   _   _   ODD   _   _ |
| Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého..... | Telefon   _   _   _   _   _   _   _                    |

|                                                                                               |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| V.....dne.....<br>(místo prohlídky)                      (den, měsíc, rok a hodina prohlídky) | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Vyjádření lékaře, který provedl pitvu těla zemřelého

22. Rozhodnuto pitvu provést 1. ano 2. ne

| 23. Příčina smrti                                                                                                               | Slovní popis stavu | Kód MKN | Přibližný interval mezi začátkem příznaků stavu a smrtí |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|---------------------------------------------------------|
| I. Nemoc (stav), který(á) přímo vedl(a) ke smrti (bezprostřední příčina smrti) <sup>xxx)</sup>                                  | a) (jako následek) |         |                                                         |
| Nemoci, stavy, které vedly k příčině uvedené výše, základní příčina smrti je uvedena jako poslední                              | b) (jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 | c) (jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 | d) (jako následek) |         |                                                         |
|                                                                                                                                 |                    |         |                                                         |
| II. Jiné závažné chorobné stavy nebo změny, které přispěly ke smrti, ale nevztahují se k nemoci nebo stavu, který smrt způsobil |                    |         |                                                         |
|                                                                                                                                 |                    |         |                                                         |
|                                                                                                                                 |                    |         |                                                         |

24. Je podezření, že se jedná o úmrtí v souvislosti s užitím či užíváním nelegálních návykových látek? 1. ano 2. ne

|                 |                            |                                                                                                                                                                                        |  |
|-----------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 25. Jedná se o: | 1. přirozenou smrt         | 26. V případě jiné než přirozené smrti vypište mechanismus smrti, dále činnost, při které k poranění došlo a místo, kde se událost přihodila .....<br>.....<br>.....aktivita     místo |  |
|                 | 2. nehodu                  |                                                                                                                                                                                        |  |
|                 | 3. sebevraždu              | 27. datum události (den,měsíc,rok)  _ _ _ _ _ _ _ _  Kód MKN (V01-Y98)  _ _ _ _                                                                                                        |  |
|                 | 4. vraždu                  |                                                                                                                                                                                        |  |
|                 | 5. úmrtí ve válce          |                                                                                                                                                                                        |  |
|                 | 6. šetření nejsou ukončena |                                                                                                                                                                                        |  |
|                 | 7. nezištěno               |                                                                                                                                                                                        |  |

|                                                       |                                           |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Identifikace poskytovatele zdravotních služeb - pitva | IČ  _ _ _ _ _ _ _ _  PČZ  _ _ _  ODD  _ _ |
| Název poskytovatele zdravotních služeb.....           | Telefon  _ _ _ _ _ _ _ _                  |
| Jméno a příjmení lékaře, který provedl pitvu.....     |                                           |

|                                                                                       |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| V.....dne.....<br>(místo pitvy)                      (den, měsíc, rok a hodina pitvy) | razítko poskytovatele zdravotních služeb<br>a podpis lékaře, který provedl pitvu |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

## **Pokyny ke způsobu vyplnění Listu o prohlídce zemřelého**

V listu není vhodné používat zkratky. List je nutné vyplnit ve všech položkách, které jsou vyplňujícím lékaři známy. Pokud není některá informace potřebná pro vyplnění příslušné položky známa, vyznačí se na Listu proškrtnutím kolonky. Vždy však musí být vyplněna identifikace poskytovatele. Je-li použita listinná podoba Listu, je nutné dbát na čitelnost všech průpisů.

1. Jméno, popřípadě jména, příjmení – nemá-li dotyčný přidělené jméno a příjmení (např. v případě mrtvě narozeného dítěte nebo dítěte zemřelého časně po narození), pak se tato položka nevyplňuje.

2. Rodné číslo – nevyplňuje se, jde-li o vyhotovení určené osobě zajišťující pohřbení.

4. Státní občanství – označí se, zda je zemřelý občanem ČR. Pokud ne, uvede se jeho státní občanství. Pokud měl zemřelý dvě nebo více občanství, postupuje se takto:

Je-li zemřelý zároveň občanem ČR, má přednost toto občanství. Pokud zemřelý není občanem ČR a jedno z občanství odpovídá zemi, ve které měl zemřelý obvyklé bydliště, uvede se toto státní občanství. Pokud ani jedno státní občanství neodpovídá zemi, kde měl zemřelý obvyklé bydliště, přednost má občanství členské země EU. V ostatních případech, kdy ani jedno z občanství není občanství členské země EU, vybere se jedno z nich. Obvyklým bydlištěm se rozumí místo obvyklého pobytu podle nařízení Evropského parlamentu a Rady 862/2007.

5. Datum úmrtí – uvede se datum a čas, kdy došlo k úmrtí. Pokud není přesné datum úmrtí známo, uvede se alespoň odhadovaný den úmrtí a zároveň se vyznačí v příslušné položce, že jde o odhad.

6. Místo úmrtí / nálezu těla zemřelého – uvede se místo úmrtí; není-li místo úmrtí známo, uvede se, kde byl zemřelý nalezen, a zároveň se vyznačí, o kterou variantu (místo úmrtí / nálezu) jde. Popis místa úmrtí/nálezu má tyto náležitosti: název obce, její části, název katastrálního území, číslo popisné nebo evidenční; popřípadě bližší označení místa úmrtí, název okresu, v němž k úmrtí / nálezu došlo. V případě, že k úmrtí / nálezu došlo mimo zastavěné území obce je nutné místo úmrtí / nálezu podrobně popsat jiným způsobem (např. lze doplnit GPS souřadnicemi).

9. Nejvyšší ukončené vzdělání – (jen u osob ve věku 15 let a více) vyplňuje se nejvyšší stupeň ukončeného vzdělání, nejde-li o neukončené základní vzdělání,

1. základní, bez vzdělání – neukončené základní vzdělání, první stupeň základního vzdělání, druhý stupeň základního vzdělání včetně 1 a 2leté praktické školy,
2. střední bez maturity, včetně vyučených - nižší střední vzdělání, střední odborná škola (SOU) bez maturity, střední odborné školy, učiliště (kratší než 2 roky i delší) s výučním listem,
3. střední s maturitou - střední (odborné, všeobecné) s maturitou, nástavbové studium (2 a více střední školy, pomaturitní kursy, příprava na VŠ),
4. vyšší odborné vzdělání,
5. vysokoškolské - bakalářské, magisterské, inženýrské vzdělání, včetně konzervatoře s absolutoriem, další stupeň VŠ vzdělání (doktorské).
6. nezjištěno

10. Stav zemřelého - uvede se stav zemřelého de iure. Vztah mezi druhem a družkou se neuvádí.

13a. Návrh prohlížejícího lékaře - případě vyžádání pitvy prohlížejícím lékařem, je nutné v části 13b specifikovat poskytovatele, kam bude tělo zemřelého k pitvě předáno.

### 16. Zemřelé těhotné ženy nebo ženy, které rodily či potratily v 365 dnech před smrtí

Pro potřeby vyplnění položek 15 a 16 se

1. porodem rozumí ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého dítěte; za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, to je srdeční činnost, pulzaci pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena;
2. potratem rozumí
  - spontánní potrat, to je ukončení těhotenství, kdy je embryo nebo plod neprojevující známky života samovolně vypuzen nebo vyjmut z dělohy a jeho hmotnost je nižší než 500g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů (méně než 22+0),
  - umělé přerušení těhotenství podle §2 odst. 2 vyhlášky MZ ČR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství pokud je hmotnost plodu nižší než 500 g
  - ukončení mimoděložního těhotenství
  - případ, kdy z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice a jsou histologicky prokázány zbytky po potratu.

Plod po umělém přerušení těhotenství podle §2 odst. 2 vyhlášky MZ ČR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství jehož hmotnost je 500 g a více, se považuje za mrtvě narozené dítě

Při ukončení těhotenství s více plody se posuzuje každý plod zvlášť za použití kritérií uvedených výše.

#### Identifikace poskytovatele

Vypíše se název poskytovatele zdravotních služeb

IC - Udává se osmimístné identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb podle Registru ekonomických subjektů Českého statistického úřadu (tedy nikoliv číslo přidělené zdravotní pojišťovnou).

PČZ - Uvádí se třímístné pořadové číslo zařízení v rámci identifikačního čísla poskytovatele zdravotních služeb (IC) podle číselníku ÚZIS ČR. Pokud se poskytovatel zdravotních služeb (právní subjekt) dále nečlení, uvádí se trojčíslí 000.

ODD - Číslo oddělení je dvoumístný číselný údaj identifikující druh poskytované služby.

#### 17. a 23. Příčina smrti

Jako příčina smrti se uvádí nemoc, stav anebo úraz, které vedly ke smrti nebo k ní přispěly; rovněž se uvádí okolnosti nehody nebo násilí, které přivodily úraz.

Stanovisko lékaře se v souladu s doporučením Světové zdravotnické organizace (viz MKN-10, 2. díl<sup>xxx</sup>) skládá ze dvou částí (I. a II.).

Část I. slouží k zaznamenávání stavů se vztahem k řetězci přímo vedoucímu ke smrti. Je určena pro uvedení informací o sledu událostí, které vedly přímo ke smrti, zpětně od bezprostřední příčiny v řádku a) přes předchozí příčinu až k prvotní (základní) příčině uvedené na nejnižším vyplněném řádku.

Pro potřeby vyplnění položek se

1. bezprostřední příčinou smrti rozumí nemoc nebo stav přímo vedoucí ke smrti (*například Fibrilace komor*),
2. předchozí příčinou (příčinami) rozumí chorobné stavy, které vyvolaly vznik nemoci nebo stavu uvedeného v řádku nad ním (*například Hypotenze*),
3. základní příčinou smrti se rozumí (A) nemoc nebo trauma, která iniciovala řetězec chorobných stavů přímo vedoucích ke smrti, nebo (B) okolnosti přehody nebo násilí, které přivodily smrtelné poškození (*například Akutní infarkt myokardu*).

Část II. slouží k zaznamenávání stavů sice ke smrti přispívajících, ale bez vztahu k základnímu řetězci. V této části se uvádějí v pořadí podle závažnosti další významné nemoci a stavy, které přispěly ke smrti, avšak nepatřily do příčinné posloupnosti uvedené v části I (*například arteriální hypertenze, kouření*).

#### 19. a 25. Typ úmrtí

Uvede se, o jaký typ úmrtí z hlediska úmyslu (*nehoda, sebevražda, vražda, válečné úmrtí, jiné*) jde, popřípadě se vyznačí, že šetření vedoucí k jasnému stanovení úmyslu nejsou ukončena.

Pro potřeby vyplnění položek se

1. přirozenou smrtí rozumí smrt nenásilná, z vnitřních chorobných příčin,
2. smrtí násilnou rozumí smrt podmíněná vnějšími nepříznivými vlivy (fyzikálními, chemickými, jinými); může jít o nehodu, sebevraždu nebo vraždu či podezření na sebevraždu nebo vraždu.

x) Pro potřeby vyplnění Listu se mrtvě narozeným dítětem rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500g a více, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po dvacátém druhém dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě.

xx) To neznamena způsob smrti (např. srdeční selhání, asténie apod.), nýbrž nemoc, úraz nebo komplikaci, které způsobily smrt.

xxx) Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize (MKN – 10).