**NACRT**

Na temelju članka 234. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj 100/18) ministar zdravstva donosi

**PRAVILNIK**

**O NAČINU POKOPA TE OBRASCU SUGLASNOSTI ZA POKOP POSMRTNIH OSTATAKA MRTVOROĐENOG DJETETA KOJEG RODITELJI ODNOSNO ČLANOVI OBITELJI ODBIJAJU PREUZETI**

**Članak 1.**

Ovim Pravilnikom propisuje se način pokopa te obrazac suglasnosti za pokop posmrtnih ostataka mrtvorođenog djeteta kojeg roditelji odnosno članovi obitelji odbijaju preuzeti.

**Članak 2.**

(1) Ako roditelji odnosno članovi obitelji odbijaju preuzeti iz zdravstvene ustanove posmrtne ostatke mrtvorođenog djeteta, potpisuju suglasnost za pokop posmrtnih ostataka koji će obaviti ta zdravstvena ustanova.

(2) Suglasnost iz stavka 1. ovoga članka daje se na obrascu koji je tiskan u Prilogu I. ovoga Pravilnika te čini njegov sastavni dio.

**Članak 3.**

(1) Roditelji odnosno članovi obitelji koji su se obvezali preuzeti posmrtne ostatke mrtvorođenog djeteta, obvezni su ih preuzeti u roku od 15 dana od dana mrtvorođenja.

(2) Roditelji, odnosno članovi obitelji iz stavka 1. ovoga članka daju izjavu o preuzimanju posmrtnih ostataka mrtvorođenog djeteta.

(3) Izjava iz stavka 2. ovoga članka daje se na obrascu Izjave koji je tiskan u Prilogu II. ovoga Pravilnika te čini njegov sastavni dio.

(4) Ako roditelji, odnosno članovi obitelji ne preuzmu posmrtne ostatke sukladno stavku 1. ovoga članka, pokop posmrtnih ostataka mrtvorođenog djeteta obavit će zdravstvena ustanova.

**Članak 4.**

(1) Pokop posmrtnih ostataka mrtvorođenog djeteta kojeg roditelji odnosno članovi obitelji odbijaju preuzeti obavlja zdravstvena ustanova u kojoj je dijete mrtvorođeno.

 (2) Zdravstvena ustanova obavlja pokop mrtvorođenog djeteta u skladu sa svojim općim aktom.

**Članak 5.**

Opći akt iz članka 4. stavka 2. ovoga Pravilnika zdravstvena ustanova obvezna je donijeti u roku od 3 mjeseca od stupanja na snagu ovoga Pravilnika.

**Članak 6.**

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u „Narodnim novinama“.

Klasa:

Urbroj:

Zagreb,

MINISTAR

prof. dr. sc. Milan Kujundžić, dr. med.

**PRILOG I.**

SUGLASNOST

ZA POKOP POSMRTNIH OSTATAKA MRTVOROĐENOG DJETETA

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ime i prezime roditelja/člana obitelji) (OIB/drugi identifikacijski broj)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ime i prezime roditelja/člana obitelji) (OIB/drugi identifikacijski broj)

izjavljujem da neću preuzeti posmrtne ostatke svojeg djeteta mrtvorođenog dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

te da sam obaviješten o načinu pokopa.

2. Zdravstvena ustanova pokop posmrtnih ostataka mrtvorođenog djeteta obavit će u

skupnom lijesu na

označenom

neoznačenom grobnom mjestu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (upisati mjesto pokopa)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

potpis roditelja/člana obitelji

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

potpis roditelja/člana obitelji

**PRILOG II.**

IZJAVA

 O PREUZIMANJU POSMRTNIH OSTATAKA MRTVOROĐENOG DJETETA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ime i prezime roditelja) (OIB/drugi identifikacijski broj)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ime i prezime roditelja) (OIB/drugi identifikacijski broj)

izjavljujem da ću preuzeti posmrtne ostatke svojeg djeteta mrtvorođenog dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Posmrtne ostatke obvezujem se preuzeti u roku od 15 dana od dana mrtvorođenja, a u suprotnom, suglasan/sna sam da zdravstvena ustanova obavi pokop.

U slučaju ne preuzimanja posmrtnih ostataka mrtvorođenog djeteta, upoznat/a sam sa činjenicom da će zdravstvena ustanova obaviti pokop u

skupnom lijesu na

označenom

neoznačenom grobnom mjestu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (upisati mjesto pokopa)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

potpis roditelja/člana obitelji

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

potpis roditelja/člana obitelji