

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ <input type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input type="text"/>	7. Obywatelstwo <input type="text"/>
8. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
Adres miejsca zamieszkania (wypełnić, jeżeli inny niż miejsce pobytu w okresie zachorowania)		
9. Województwo	10. Powiat	11. Gmina
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Miejscowość	13. Kod pocztowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Ulica	15. Nr domu	16. Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę): Telefon kontaktowy:..... E-mail:.....		
III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE		
1. Szczepienia (dotyczy choroby będącej przedmiotem zgłoszenia, której można zapobiegać drogą szczepień): <input type="checkbox"/> Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia)..... <input type="checkbox"/> Nie		
2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):		
3. Dalsze leczenie:		
1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
2) skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane) <input type="checkbox"/> Nie		
4. Zakażenie szpitalne <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
5. Pobyt za granicą w okresie narażenia <input type="checkbox"/> Tak (podać miejsce pobytu(-tów) za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej)..... <input type="checkbox"/> Nie		
6. Przypadek importowany <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczątką)		
1. Imię i nazwisko.....	2. Numer prawa wykonywania zawodu:	3. Podpis
4. Telefon kontaktowy:	5. E-mail:	