

|   |  |  |
|---|--|--|
| Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:  | <b>ZLK-5</b><br><b>Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu* z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej<sup>1)</sup></b>  | Adresat:<br><b>Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny</b><br>W ..... |
| Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu <sup>2)</sup>  | <b>Uwagi:</b><br>1) Nie dotyczy podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS.<br>2) Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594).<br>3) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.<br>*Niepotrzebne skreślić. |  |
| <b>Część I. Numer księgi rejestrowej</b><br><input type="text"/>  | <b>Część II. TERYT siedziby</b><br><input type="text"/>  |  |
| <b>Część III. Podmiot tworzący<sup>3)</sup></b><br><input type="text"/>   | <b>Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej</b><br><input type="text"/>  |  |
| <b>I. PRZYCZYNA ZGONU*/PODEJRZENIE**</b>  |  |  |
| <b>1. Kod ICD-10</b><br><input type="text"/> - <input type="text"/>   | <b>2. Przyczyna wyjściowa zgonu</b> .....  |  |
| <b>3. Przyczyna wtórna zgonu</b> .....  |  |  |
| <b>4. Przyczyna bezpośrednia zgonu</b> .....  |  |  |
| Data zgonu (dd/mm/rrrr)<br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |  |  |
| *Należy zgłosić każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroby zakaźne.<br>**Niepotrzebne skreślić.                   |  |  |
| <b>II. DANE ZMARŁEGO</b>  |  |  |
| <b>1. Nazwisko</b><br><input type="text"/>  |  |  |
| <b>2. Imię</b><br><input type="text"/>  | <b>3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>  | <b>4. Nr PESEL*</b><br><input type="text"/>                                      |
| <b>5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu*</b><br><input type="text"/>  | <b>6. Płeć (M, K)</b><br><input type="text"/>  |  |
| <b>Adres miejsca zamieszkania:</b>  |  |  |
| <b>7. Kod pocztowy</b><br><input type="text"/> - <input type="text"/>   | <b>8. Miejscowość</b><br><input type="text"/>  |  |
| <b>9. Gmina</b><br><input type="text"/>   |  |  |
| <b>10. Ulica</b><br><input type="text"/>  | <b>11. Nr domu</b><br><input type="text"/>   | <b>12. Nr lokalu</b><br><input type="text"/>                                     |
| * Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. |  |  |
| <b>III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA</b>   |  |  |
| 1. Pieczęćka imienna ..... 2. Telefon kontaktowy: ..... 3. Podpis .....   |  |  |