

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu^(*) z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny^(*) Inspektor Sanitarny w
--	--	---

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. ²⁾ Nie dotyczy zgonów osób zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zgonów osób chorych na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) – zgłaszanych na innym formularzu. ³⁾ 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. z 2019 r. poz. 173). ⁴⁾ Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo nazwę, numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych. ^(*) Niepotrzebne skreślić.
--	---

I. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE PRZYCZYNY ZGONU^(*) (należy wpisać każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroba zakaźna)

1. Data zgonu (dd/mm/rrrr)
 / /

2. Kod ICD-10 3. Określenie słowne:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/> (przyczyna wyjściowa)
<input type="text"/>	-	<input type="text"/> (przyczyna wtórna)
<input type="text"/>	-	<input type="text"/> (przyczyna bezpośrednia)

II. DANE ZMARLEGO

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
 / /

4. Nr PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾

6. Płeć (M, K)

7. Obywatelstwo

8. Kraj urodzenia

9. Osoba bezdomna
 Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

Adres miejsca zamieszkania

10. Województwo 11. Powiat 12. Gmina

13. Miejscowość 14. Kod pocztowy
 -

15. Ulica 16. Nr domu 17. Nr lokalu

III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

1. Imię i nazwisko..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail: