

|  |  |   |
|--|--|---|
| Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej <sup>1)</sup> | <b>ZLK-5</b><br><b>Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu<sup>(1)</sup> z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej<sup>2)</sup></b> | Adresat:<br><b>Państwowy Powiatowy/Graniczny<sup>(1)</sup> Inspektor Sanitarny</b><br>w ..... |
|--|--|---|

|   |   |
|---|---|
| <b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego<sup>3)</sup></b><br><b>Część I. Numer księgi rejestrowej</b><br><input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/><br><b>Część II. TERYT</b><br><input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/><br><b>Część VII. Komórka organizacyjna</b><br><input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/> | <b>Uwagi:</b><br><sup>1)</sup> W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku.<br><sup>2)</sup> Nie dotyczy zgonów osób zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zgonów osób chorych na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) – zgłaszanych na innym formularzu.<br><sup>3)</sup> 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).<br><sup>4)</sup> 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.<br><sup>(1)</sup> Niepotrzebne skreślić. |
|---|---|

**I. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE PRZYCZYNY ZGONU<sup>(1)</sup>** (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 style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | - | <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | ..... (przyczyna wyjściowa)    |
| <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | - | <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | ..... (przyczyna wtórna)       |
| <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | - | <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> | ..... (przyczyna bezpośrednia) |

**II. DANE ZMARŁEGO**

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

 /  / 

4. Nr PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup>

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: .....