

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾

6. Płeć (M, K)

7. Obywatelstwo

8. Osoba bezdomna

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

12. Miejscowość

13. Kod pocztowy

14. Ulica

15. Nr domu

16. Nr lokalu

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):

Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia).....

Nie

2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):

.....

3. Dalsze leczenie:

1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym:

Tak

Nie

2) skierowany do szpitala:

Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane)

Nie

4. Zakażenie szpitalne

Tak

Nie

5. Pobyt za granicą w okresie narażenia

Tak (podać miejsce pobytu(-tów) za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej).....

Nie

6. Przypadek importowany

Tak

Nie

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętą)

1. Imię i nazwisko.....

2. Numer prawa wykonywania zawodu:

3. Podpis

4. Telefon kontaktowy:

5. E-mail: