



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