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

Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego[3)]

Część I. Numer księgi rejestrowej

Część II. TERYT

Część VII. Komórka organizacyjna

Uwagi:

[1)] W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczątki 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**:

– ..... (przyczyna wyjściowa)

– ..... (przyczyna wtórna)

– ..... (przyczyna bezpośrednia)

II. **DANE ZMARŁEGO**

1. Nazwisko

2. Imię

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

4. Nr PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu[4)]

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 pieczątką)

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

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....