

**WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZGONU Z
POWODU ZAKAŻENIA LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu* z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny W
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu ²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	Uwagi: 1) Nie dotyczy podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS. 2) 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. poz. 594). 3) Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. *Niepotrzebne skreślić.	
I. PRZYCZYNA ZGONU*/PODEJRZENIE** 1. Kod ICD-10 <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 2. Przyczyna wyjściowa zgonu 3. Przyczyna wtórna zgonu 4. Przyczyna bezpośrednia zgonu Data zgonu (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <small>*Należy zgłosić każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroby zakaźne. **Niepotrzebne skreślić.</small>		
II. DANE ZMARŁEGO 1. Nazwisko <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 2. Imię <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL* <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu* 6. Płeć (M, K) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="checkbox"/> Adres miejsca zamieszkania: 7. Kod pocztowy 8. Miejscowość <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 9. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> 10. Ulica 11. Nr domu 12. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
<small>* Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.</small>		

III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczęć imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis