

## WZÓR

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZGONU  
Z POWODU ZAKAŻENIA LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej <sup>1)</sup>	<b>ZLK-5</b> <b>Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu<sup>(*)</sup> z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej<sup>2)</sup></b>	Adresat: <b>Państwowy Powiatowy/Graniczny<sup>(*)</sup> Inspektor Sanitarny</b> w .....
<b>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego<sup>3)</sup></b> Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<b>Uwagi:</b> <sup>1)</sup> W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki albo nadruku. <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. <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). <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. <sup>(*)</sup> Niepotrzebne skreślić.	
<b>I. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE PRZYCZYNY ZGONU<sup>(*)</sup></b> (należy wpisać każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroba zakaźna)		
<b>1. Data zgonu (dd/mm/rrrr)</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
<b>2. Kod ICD-10</b> <b>3. Określenie słowne:</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - ..... (przyczyna wyjściowa) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - ..... (przyczyna wtórna) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - ..... (przyczyna bezpośrednia)		
<b>II. DANE ZMARŁEGO</b>		
<b>1. Nazwisko</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
<b>2. Imię</b> <b>3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</b> <b>4. Nr PESEL</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
<b>5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup></b> <b>6. Płeć (M, K)</b> <b>7. Obywatelstwo</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
<b>8. Kraj urodzenia</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
<b>9. Osoba bezdomna</b> <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
<b>Adres miejsca zamieszkania</b>		
<b>10. Województwo</b> <b>11. Powiat</b> <b>12. Gmina</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
<b>13. Miejscowość</b> <b>14. Kod pocztowy</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
<b>15. Ulica</b> <b>16. Nr domu</b> <b>17. Nr lokalu</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		

**III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA** (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętka)

1. Imię i nazwisko..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: ..... 3. Podpis .....
4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....