

Nazwa i adres komórki organizacyjnej zakładu leczniczego/praktyki lekarskiej ¹⁾	ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu^(*) z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej²⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny^(*) Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu leczniczego³⁾ 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"/>	Uwagi: ¹⁾ W przypadku dokumentu sporządzonego w postaci papierowej dane mogą być naniesione na dokument w formie pieczętki 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) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
2. Kod ICD-10 <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	3. Określenie słowne: (przyczyna wyjściowa) (przyczyna wtórna) (przyczyna bezpośrednia)	
II. DANE ZMARŁEGO³⁾		
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) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	4. Nr PESEL <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	7. Obywatelstwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
8. Kraj urodzenia <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
9. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
Adres miejsca zamieszkania:		
10. Województwo <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	11. Powiat <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	12. Gmina <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
13. Miejscowość <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	14. Kod pocztowy <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
15. Ulica <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	16. Nr domu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	17. Nr lokalu <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)		
1. Imię i nazwisko.....	2. Numer prawa wykonywania zawodu:	3. Podpis
4. Telefon kontaktowy:	5. E-mail:	