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: .....