



5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu	6. Płeć (M, K)	7. Obywatelstwo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)		
Adres miejsca zamieszkania (wypełnić, jeżeli inny niż miejsce pobytu w okresie zachorowania)		
9. Województwo	10. Powiat	11. Gmina
<input type="text"/>		
12. Miejscowość	13. Kod pocztowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
14. Ulica	15. Nr domu	16. Nr lokalu
<input type="text"/>		
17. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę):		
Telefon kontaktowy:.....		
E-mail:.....		

  

**III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE**

1. Szczepienia (dotyczy choroby będącej przedmiotem zgłoszenia, której można zapobiegać drogą szczepień):

Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia).....

Nie

2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):  
.....

3. Dalsze leczenie:

1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym:

Tak  Nie

2) skierowany do szpitala:

Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane) .....

Nie

4. Zakażenie szpitalne

Tak  Nie

5. Pobyt za granicą w okresie narażenia

Tak (podać miejsce pobytu(-tów) za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej).....

Nie

6. Przypadek importowany

Tak  Nie

  

**IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA** (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczęcią)

1. Imię i nazwisko.....

2. Numer prawa wykonywania zawodu: .....

3. Podpis .....

4. Telefon kontaktowy: .....

5. E-mail: .....