

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 type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input 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.
--	---

**I. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE PRZYCZYNY ZGONU<sup>(\*)</sup>** (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:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	..... (przyczyna wyjściowa)
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	..... (przyczyna wtórna)
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	..... (przyczyna bezpośrednia)

**II. DANE ZMARLEGO**

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)  
 /  /

4. Nr PESEL

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup>

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 pieczętką)

1. Imię i nazwisko.....      2. Numer prawa wykonywania zawodu: .....      3. Podpis .....

4. Telefon kontaktowy: .....      5. E-mail: .....