

WZÓR

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

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 type="text"/> Część II. TERYT <input type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input 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 type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 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 ZMARŁEGO 1. Nazwisko <input type="text"/> 2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> 5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu⁴⁾ 6. Płeć (M, K) 7. Obywatelstwo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. Kraj urodzenia <input type="text"/> 9. Osoba bezdomna <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość) Adres miejsca zamieszkania 10. Województwo 11. Powiat 12. Gmina <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 13. Miejscowość 14. Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> 15. Ulica 16. Nr domu 17. Nr lokalu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

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

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