



**8. Osoba bezdomna**

Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)

Adres miejsca zamieszkania (wypełnić, jeżeli inny niż miejsce pobytu w okresie zachorowania)

<b>9. Województwo</b>	<b>10. Powiat</b>	<b>11. Gmina</b>

<b>12. Miejscowość</b>	<b>13. Kod pocztowy</b>

<b>14. Ulica</b>	<b>15. Nr domu</b>	<b>16. Nr lokalu</b>

**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/ów 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 pieczętką)

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

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