

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)

9. Województwo	10. Powiat	11. Gmina

12. Miejscowość	13. Kod pocztowy
	-

14. Ulica	15. Nr domu	16. Nr lokalu
	 	

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: