

**WZÓR FORMULARZA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZGONU
Z POWODU ZAKAŻENIA LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ**

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą;	ZLK-5 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu* z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu ²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width: 100%;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width: 100%;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący ³⁾ <input style="width: 100%;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width: 100%;" type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ Nie dotyczy podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS. ²⁾ 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. poz. 594). ³⁾ Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. *Niepotrzebne skreślić.	
I. PRZYCZYNA ZGONU*/PODEJRZENIE** 1. Kod ICD-10 <input style="width: 50%;" type="text"/> - <input style="width: 50%;" type="text"/> 2. Przyczyna wyjściowa zgonu		
3. Przyczyna wtórna zgonu		
4. Przyczyna bezpośrednia zgonu		
Data zgonu (dd/mm/rrrr) <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 60%;" type="text"/>		
<small>*Należy zgłosić każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroby zakaźne. **Niepotrzebne skreślić.</small>		
II. DANE ZMARLEGO 1. Nazwisko <input style="width: 100%;" type="text"/>		
2. Imię <input style="width: 100%;" type="text"/>	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 60%;" type="text"/>	4. Nr PESEL* <input style="width: 100%;" type="text"/>
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu* <input style="width: 100%;" type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Adres miejsca zamieszkania:		
7. Kod pocztowy <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 80%;" type="text"/>	8. Miejscowość <input style="width: 100%;" type="text"/>	
9. Gmina <input style="width: 100%;" type="text"/>		
10. Ulica <input style="width: 100%;" type="text"/>	11. Nr domu <input style="width: 20%;" type="text"/>	12. Nr lokalu <input style="width: 20%;" type="text"/>
<small>* Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.</small>		
III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA		
1. Pieczęćka imienna		
2. Telefon kontaktowy:		
3. Podpis		