

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

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 style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Część VII. Komórka organizacyjna <input style="width: 100%; height: 15px;" 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. (*) Niepotrzebne skreślić.																	
<b>I. PRZYCZYNA ZGONU/PODEJRZENIE PRZYCZYNY ZGONU<sup>(*)</sup></b> (należy wpisać każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroba zakaźna)																		
<b>1. Data zgonu (dd/mm/rrrr)</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>2. Kod ICD-10</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">-</td> <td style="width: 50%;"><b>3. Określenie słowne:</b></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td></td> <td>.....</td> <td>(przyczyna wyjściowa)</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td></td> <td>.....</td> <td>(przyczyna wtórna)</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td></td> <td>.....</td> <td>(przyczyna bezpośrednia)</td> </tr> </table>			<b>2. Kod ICD-10</b>	-	<b>3. Określenie słowne:</b>		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		.....	(przyczyna wyjściowa)	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		.....	(przyczyna wtórna)	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		.....	(przyczyna bezpośrednia)
<b>2. Kod ICD-10</b>	-	<b>3. Określenie słowne:</b>																
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		.....	(przyczyna wyjściowa)															
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		.....	(przyczyna wtórna)															
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		.....	(przyczyna bezpośrednia)															
<b>II. DANE ZMARLEGO</b>																		
<b>1. Nazwisko</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"><b>2. Imię</b></td> <td style="width: 20%;"><b>3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</b></td> <td style="width: 40%;"><b>4. Nr PESEL</b></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>			<b>2. Imię</b>	<b>3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</b>	<b>4. Nr PESEL</b>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
<b>2. Imię</b>	<b>3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</b>	<b>4. Nr PESEL</b>																
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup></b></td> <td style="width: 10%;"><b>6. Płeć (M, K)</b></td> <td style="width: 60%;"><b>7. Obywatelstwo</b></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>			<b>5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup></b>	<b>6. Płeć (M, K)</b>	<b>7. Obywatelstwo</b>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
<b>5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu<sup>4)</sup></b>	<b>6. Płeć (M, K)</b>	<b>7. Obywatelstwo</b>																
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>																
<b>8. Kraj urodzenia</b> <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>																		
<b>9. Osoba bezdomna</b> <input type="checkbox"/> Tak (w pkt 10–13 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)																		
<b>Adres miejsca zamieszkania</b>																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><b>10. Województwo</b></td> <td style="width: 33%;"><b>11. Powiat</b></td> <td style="width: 33%;"><b>12. Gmina</b></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>			<b>10. Województwo</b>	<b>11. Powiat</b>	<b>12. Gmina</b>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
<b>10. Województwo</b>	<b>11. Powiat</b>	<b>12. Gmina</b>																
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>13. Miejscowość</b></td> <td style="width: 40%;"><b>14. Kod pocztowy</b></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>			<b>13. Miejscowość</b>	<b>14. Kod pocztowy</b>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>												
<b>13. Miejscowość</b>	<b>14. Kod pocztowy</b>																	
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>15. Ulica</b></td> <td style="width: 20%;"><b>16. Nr domu</b></td> <td style="width: 20%;"><b>17. Nr lokalu</b></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>			<b>15. Ulica</b>	<b>16. Nr domu</b>	<b>17. Nr lokalu</b>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>										
<b>15. Ulica</b>	<b>16. Nr domu</b>	<b>17. Nr lokalu</b>																
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" 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: .....