

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 podmiotu²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width:100%; height: 15px;" 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
 -

2. Przyczyna wyjściowa zgonu

3. Przyczyna wtórna zgonu

4. Przyczyna bezpośrednia zgonu

Data zgonu (dd/mm/rrrr)
 / /

*Należy zgłosić każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroby zakaźne.
 **Niepotrzebne skreślić.

II. DANE ZMARŁEGO

1. Nazwisko

2. Imię

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / /

4. Nr PESEL*

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu*

6. Płeć (M, K)

Adres miejsca zamieszkania:

7. Kod pocztowy -

8. Miejscowość

9. Gmina

10. Ulica

11. Nr domu

12. Nr lokalu

* 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.

III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczęćka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis.....