| Pieczątka podmiotu wykonującego działalność leczniczą: | **ZLK-5**<br>**Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu* z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej**[1)] | Adresat:<br>**Państwowy Powiatowy/Graniczny***<br>**Inspektor Sanitarny**<br><br>w ..... |
|---|---|---|

**Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu**[2)]

**Część I. Numer księgi rejestrowej**

**Część II. TERYT siedziby**

**Część III. Podmiot tworzący**[3)]

**Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej**

**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. Pieczątka imienna ..... 2. Telefon kontaktowy: ..... 3. Podpis.....