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