

5. Nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu ⁴⁾			6. Płeć (M, K)			7. Obywatelstwo		
<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>		
8. Osoba bezdomna								
<input type="checkbox"/> Tak (w pkt 9–12 podać województwo, powiat, gminę i miejscowość)								
Adres miejsca zamieszkania (wypełnić, jeżeli inny niż miejsce pobytu w okresie zachorowania)								
9. Województwo			10. Powiat			11. Gmina		
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
12. Miejscowość						13. Kod pocztowy		
<input type="text"/>						<input type="text"/> - <input type="text"/>		
14. Ulica						15. Nr domu		16. Nr lokalu
<input type="text"/>						<input type="text"/>		<input type="text"/>
17. Dane kontaktowe (wypełnić w przypadku gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę):								
Telefon kontaktowy:.....								
E-mail:.....								
III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE								
1. Szczepienia (dotyczy choroby będącej przedmiotem zgłoszenia, której można zapobiegać drogą szczepień):								
<input type="checkbox"/> Tak (podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia).....								
<input type="checkbox"/> Nie								
2. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (w szczególności: żłobek, przedszkole, szkoła lub inne):								
.....								
3. Dalsze leczenie:								
1) pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym:								
<input type="checkbox"/> Tak			<input type="checkbox"/> Nie					
2) skierowany do szpitala:								
<input type="checkbox"/> Tak (podać miejsce planowanej hospitalizacji, o ile jest znane)								
<input type="checkbox"/> Nie								
4. Zakażenie szpitalne								
<input type="checkbox"/> Tak			<input type="checkbox"/> Nie					
5. Pobyt za granicą w okresie narażenia								
<input type="checkbox"/> Tak (podać miejsce pobytu(-tów) za granicą, datę wyjazdu oraz powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej).....								
<input type="checkbox"/> Nie								
6. Przypadek importowany								
<input type="checkbox"/> Tak			<input type="checkbox"/> Nie					
IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)								
1. Imię i nazwisko.....			2. Numer prawa wykonywania zawodu:			3. Podpis		
4. Telefon kontaktowy:				5. E-mail:				