

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 Część II. TERYT siedziby Część III. Podmiot tworzący³⁾ 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) / / <small>*Należy zgłosić każdą przyczynę zgonu, w przypadku gdy w wyjściowej, wtórnej lub bezpośredniej przyczynie zostało wskazane zakażenie lub choroby zakaźne. **Niepotrzebne skreślić.</small>			
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
<small>* 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.</small>			
III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA 1. Pieczęćka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis.....			