

Pieczęta zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	Formularz zgłoszenia zgonu (podejrzenia zgonu)* z powodu choroby zakaźnej ⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. ⁽²⁾ Część I. REGON _____ Część II. TERYT _____ Część III. podmiot, który utworzył zakład _____ Część VIII. specjalność komórki organiz. _____	Uwaga: (1) Dotyczy zgonów i podejrzeń zgonów z powodu wszystkich chorób objętych ustawą z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391), zgodnie z art. 20 ust. 6 tej ustawy. (2) Zakłady opieki zdrowotnej wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002 r. Nr 223, poz. 1880) oraz zapisami w decyzji o zarejestrowaniu zakładu. Praktyki lekarskie wypełniają tylko część I i II kodu. (*) Niepotrzebne skreślić.	

I. PRZYCZYNA ZGONU / PODEJRZENIE		
1. Kod ICD-10 _____. ____	2. Określenie słowne _____	3. Data zgonu (dd/mm/rr) ____/____/____

II. DANE ZMARŁEGO			
1. Nazwisko _____			
2. Imię _____		3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) ____/____/____	4. Nr PESEL _____
5. Inny krajowy nr identyfikacyjny *	6. Płeć (M, K) _____	7. Obywatelstwo _____	
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)			
8. Kod ____-____	9. Miejscowość _____		
10. Gmina _____			
11. Ulica _____		12. Nr domu _____	13. Nr lokalu _____
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania / czasowego pobytu)			
14. Kod ____-____	15. Miejscowość _____		
16. Gmina _____			
17. Ulica _____		18. Nr domu _____	19. Nr lokalu _____
* Wypełnić w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL (w tym obcokrajowców) wpisując np. odpowiedni numer dokumentu tożsamości.			

III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA		
1. Pieczęta imienna	2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce) Miejscowość _____ Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____ Telefon (____) _____	3. Podpis