Pieczątka 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. Pieczątka imienna

2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczątce)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lokalu .....

Telefon ( ) .....

3. Podpis