

1	2	3	4	5
9	Pomorskie	Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim 83-200 Starogard Gdański, ul. Skarszewska 7	województwa: pomorskie, kujawsko-pomorskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie	50
10	Śląskie	Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych 44-200 Rybnik, ul. Gliwicka 33	województwa: podkarpackie, śląskie	40
11	Śląskie	Szpital Psychiatryczny 44-180 Toszek, ul. Gliwicka 5	województwo mazowieckie (bez miasta stołecznego Warszawy)	30

Załącznik nr 3

**WYKAZ ZAKŁADÓW PSYCHIATRYCZNYCH I ZAKŁADÓW LECZENIA ODWYKOWEGO DLA KOBIET,
PRZEZNACZONYCH DO WYKONYWANIA ŚRODKÓW ZABEZPIELAJĄCYCH W WARUNKACH
WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA I ICH POJEMNOŚĆ**

Lp.	Województwo	Zakład psychiatryczny i odwykowy obejmujący obszar	Pojemność (liczba łóżek)
1	Lubuskie	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki 66-400 Gorzów Wielkopolski, ul. Walczaka 42	cały kraj 35

853

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 22 kwietnia 2003 r.

w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, rozpoznania zachorowania na chorobę zakaźną oraz podejrzenia lub stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej oraz sposobu ich przekazywania

Na podstawie art. 20 ust. 10 ustawy 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) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzór formularza zgłoszenia podejrzenia zakażenia lub zachorowania albo rozpoznania choroby za-

każnej określonej w wykazie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach;

- 2) wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na gruźlicę;
- 3) wzór formularza zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na AIDS, kiłę, rzeżączkę, nie-rzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chłamydiozy oraz rzeżyszkowicę;
- 4) wzór formularza zgłoszenia stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu choroby za-

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833).

każnej określonej w wykazie, o którym mowa w pkt 1;

- 5) sposób przekazywania formularzy zgłoszeń, o których mowa w pkt 1—4.

§ 2. Podejrzenia zachorowań oraz zachorowania na gripę zgłasza się w formie raportów zbiorczych, których wzór określają przepisy o statystyce publicznej.

§ 3. Ustala się wzór formularza zgłoszenia:

- 1) o którym mowa w § 1 pkt 1, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) o którym mowa w § 1 pkt 2, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) o którym mowa w § 1 pkt 3, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia, z zastrzeżeniem pkt 4;
- 4) podejrzenia oraz rozpoznania zachorowania na AIDS i zakażenia HIV, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) o którym mowa w § 1 pkt 4, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 4. Formularze zgłoszeń określone w § 1 pkt 1—4 lekarz lub felczer przesyła w sposób zapewniający peł-

ną ochronę przed ujawnieniem zawartych w formularzu informacji:

- 1) pocztą, w kopertach opatrzonych wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i nadrukiem „poufne” lub
- 2) elektronicznie, jako przesyłki kodowane, jeżeli pozwalają na to techniczne możliwości nadawcy i odbiorcy.

§ 5. 1. Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny przekazuje otrzymane od lekarzy lub felczerów formularze zgłoszeń, o których mowa w § 1 pkt 4, odpowiednio powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym, wojewódzkim jednostkom specjalistycznym właściwym w zakresie gruźlicy i chorób płuc, jednostkom specjalistycznym właściwym w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, w zależności od rodzaju rejestrowanych przez nie chorób.

2. Do przesyłania formularzy, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy § 4.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *L. Sikorski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra
Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2003 r.
(poz. 853)

Załącznik nr 1

WZÓR

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na chorobę zakaźną⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy / Graniczny * 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) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzęączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydie oraz rzeżyskowicę - zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 24 godzin zgodnie z art. 20 ust. 3 ustawy 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). (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. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE
 1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rr)
 4. Podstawa rozpoznania / podejrzenia (zaznaczyć)
☐ badania mikrobiologiczno-serologiczne ☐ objawy kliniczne ☐ inne (wpisać jakie)
☐ inne badania laboratoryjne ☐ przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)

II. DANE CHOREGO
 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 obokrajowców), wpisując np. odpowiedni numer dokumentu tożsamości.

III. INNE INFORMACJE
 1. Data zachorowania / wystąpienia pierwszych objawów (dd/mm/rr)
 2. Zatrucie pokarmowe środkiem chem. Tak ☐ Nie ☐
 Jeżeli tak, podać nazwę chemiczną środka (czynnik toksyczny) i nazwę handlową preparatu
 3. Nazwa i adres zakładu pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła)
 4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym Tak ☐ Nie ☐
 5. Skierowano do szpitala Tak ☐ Nie ☐
 Jeżeli tak, podać nazwę szpitala i adres

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA
 1. Pieczętka imienna 2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczęcie)
 Miejscowość
 Ulica
 Nr domu Nr lokalu
 Telefon () 3. Podpis

Załącznik nr 2

WZÓR

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na gruźlicę ⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny * W
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. ⁽²⁾	Uwaga: (1) Zgłoszenie należy przelać do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie gruźlicy i chorób płuc, zgodnie z art. 20 ust. 4 ustawy 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). (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.	
Część I. REGON		
Część II. TERYT		
Część III. Podmiot, który utworzył zakład		
Część VIII. Specjalność komórki organiz.		

I. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE		
1. Kod ICD-10	2. Określenie słowne	3. Data (dd/mm/rr)
.....		/...../.....

II. DANE CHOREGO		
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 UZUPEŁNIAJĄCE		
1. Data zarejestrowania (dd/mm/rrrr)	2. Nr rejestru (numer/kwartał/rok)	
...../...../.....	/...../.....	
3. Status społeczny	4. Wykształcenie	5. Stan cywilny
Uczeń / student 1 ☐ Robotnik / rolnik 2 ☐ Pracownik umysłowy 3 ☐ Bezrobotny 4 ☐ Emeryt / rencista 5 ☐ Bezdomny 6 ☐	Podstawowe 1 ☐ Zasadnicze zawodowe 2 ☐ Średnie 3 ☐ Wyższe 4 ☐	Żonaty / zamężna 1 ☐ Samotny 2 ☐
6. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby		7. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok)
a) płucna nowe zachorowanie BK(+) ☐ BK(-) ☐ wznowa BK(+) ☐ BK(-) ☐ b) pozapłucna nowe zachorowanie BK(+) ☐ BK(-) ☐ wznowa BK(+) ☐ BK(-) ☐		
		8. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe
		nieleczony ☐ leczony prawidłowo ☐ leczony nieprawidłowo ☐ brak danych ☐

III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE (cd.)

9. Szczepienia BCG

wykonano ☐ blizna ☐ data ostatniego
brak blizny ☐ szczepienia (rok)

nie wykonano ☐

10. OT

wykonano ☐ rozmiar nacieku
nie wykonano ☐ (w mm)

11. Styczność z gruźlicą czynną BK+

aktualna 1 ☐
zakończona 2 ☐ kiedy (rok)
nie stwierdzono stycz. 3 ☐
brak danych 4 ☐

12. Badania bakteriologiczne płwociny

a) bakterioskopia / dodatnia (BK+) 1 ☐
rozmaz ujemna (BK-) 2 ☐ b) posiew / dodatnia (BK+) 1 ☐
wykonano, brak wyników 3 ☐ hodowla ujemna (BK-) 2 ☐
nie wykonano 4 ☐ wykonano, brak wyników 3 ☐
nie wykonano 4 ☐ nie wykonano 4 ☐

13. Badania histopatologiczne

wykonano 1 ☐ potwierdzono gruźlicę 1 ☐
nie potwierdzono 2 ☐
nie wykonano 2 ☐

14. Inne badania bakteriologiczne
(podać, jakie)

15. Metody wykrycia chorego na gruźlicę

z objawów chorobowych 1 ☐
ze styczności z chorym 2 ☐
w badaniach grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym) 3 ☐
w innych badaniach profilaktycznych (wstępne, okresowe, 4 ☐
w zakładach pracy, student, żołnierz, uczeń)
przy hospitalizacji 5 ☐
w badaniu sekcyjnym 6 ☐
w innych badaniach 7 ☐

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA

1. Pieczętka imienna

2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce)

3. Podpis

Miejscowość _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____

Telefon (____) _____

Załącznik nr 3

WZÓR

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na chorobę przenoszoną drogą płciową ⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny * W
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. ⁽²⁾	Uwaga: (1) Dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na kile, rzeżączkę, nierzęączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chłamydiozy oraz rzęsiętkowicę. Nie dotyczy innych chorób, w tym AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenie należy przesyłać do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, zgodnie z art. 20 ust. 5 ustawy 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). (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.	
Część I. REGON		
Część II. TERYT		
Część III. Podmiot, który utworzył zakład		
Część VIII. Specjalność komórki organiz.		

I. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE		
1. Kod ICD-10	2. Określenie słowne	3. Data (dd/mm/rr)
.....		/...../.....

II. DANE CHOREGO		
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 SZCZEGÓŁOWE		
1. Leczony już na obecną chorobę	Tak ☐	Nie ☐
Jeżeli tak, podać gdzie		
2. Przebyte choroby weneryczne		Kod ICD-10
.....		
3. Objęto chorego leczeniem / skierowano do		
(niepotrzebne skreślić)		
4. Wyczerpujące informacje o zgłoszonych kontaktach: w poszczególnych pozycjach podać: nazwisko, imię, wiek, stan cywilny, adres zamieszkania, nr telefonu, charakter związku.		
1.		
2.		
3.		
4.		

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

Załącznik nr 4

WZÓR

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia)* HIV ⁽¹⁾	Adresat:
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. ⁽²⁾		Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny *
Część I. REGON	Uwaga: (1) Zgłoszenie należy przesyłać do Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostki właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, zgodnie z art. 20 ust. 5 ustawy 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). (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.	W
Część II. TERYT		
Część III. Podmiot, który utworzył zakład		
Część VIII. Specjalność komórki organiz.		

I. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE		
1. Kod ICD-10	2. Określenie słowne	3. Data (dd/mm/rr)

II. DANE CHOREGO *			
1. Nazwisko			
2. Imię	3. Data urodzenia (dd/mm/rrr)	4. Nr PESEL	
5. Inny krajowy nr identyfikacyjny **	A. Wiek***	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
* Jeżeli pacjent zastrzeże niektóre dane osobowe, należy wpisać: zamiast nazwiska i/lub imienia - w poz. 1 i 2 odpowiednio inicjały lub hasło, zamiast daty urodzenia - w poz. A wiek, zamiast adresu - w poz. 9, 15 województwo. Pacjent nie może zastrzec danych o płci i obywatelstwie. ** Wypełnić w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL (w tym obco-krajowców), wpisując np. odpowiedni numer dokumentu tożsamości. *** Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia.			

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

Załącznik nr 5

WZÓR

Pieczętka 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⁾	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.	
Część I. REGON		
Część II. TERYT		
Część III. Podmiot, który utworzył zakład		
Część VIII. Specjalność komórki organiz.		

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. Pieczętka imienna	2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce)	3. Podpis
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu	Nr lokalu
	Telefon ()	