Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	**Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia)* HIV (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)** Zgłoszenie należy przesłać 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.	

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 ** **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 obcokrajowców) wpisując np. odpowiedni numer dokumentu tożsamości. *** Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia.

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