

Pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	ZLK-3 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania* na chorobę przenoszoną drogą płciową¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny W
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/> Część II. TERYT siedziby <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>	Uwagi: ¹⁾ Dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na kiłę, rzeżączkę i chlamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. 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. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*		
1. Kod ICD-10 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	2. Określenie słowne _____	3. Data (dd/mm/rrrr) <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
*Niepotrzebne skreślić.		
II. DANE CHOREGO		
1. Nazwisko <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>		
2. Imię <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	4. Nr PESEL <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>	6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	
Adres miejsca zamieszkania:		
7. Kod pocztowy <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	8. Miejscowość <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>	
9. Gmina <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>		
10. Ulica <input style="width:100%; height: 15px;" type="text"/>	11. Nr domu <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	12. Nr lokalu <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
** 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.		
III. DANE UZUPEŁNIAJĄCE		
1. Już leczony na obecną chorobę <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Jeżeli tak, podać gdzie:		
2. Przebyte choroby weneryczne:		
Kod ICD-10 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		
3. Droga nabycia zakażenia: <input type="checkbox"/> kontakt homoseksualny <input type="checkbox"/> kontakt heteroseksualny <input type="checkbox"/> kontakt seksualny, brak dokładnych danych		

wstrzyknięcie narkotyku wertykalna transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych
 jatrogenna inna (jaka?)

4. Chorego objęto leczeniem/skierowano do*

* Niepotrzebne skreślić.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis.....