

## HLÁSENIE PRENOSNEJ CHOROBY

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Poradové číslo

Je súčasne odporúčaním do nemocnice.  
Hrubo orámované miesta vyplní lekár.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Meno

Priezvisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Bydlisko: obec - ulica - číslo (skratkou)

Dátum narodenia - rodné číslo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

rok mesiac deň

Pohlavie: muž - 1, žena - 2

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |   |
|--|---|
| Zamestnanie:   | 1 |
| Názov a adresa kolektívneho zariadenia (zamestnávateľa): | 2 |
| Latinsky diagnóza:                                       | 4 |
| Obec ochorenia:  | 6 |
| Osada:   | 7 |
| Obec pravdepodobnej nákazy:                              | 8 |

|      |       |      |  |  |  |
|------|-------|------|--|--|--|
|      |       |      |  |  |  |
|      |       |      |  |  |  |
| kraj | okres | obec |  |  |  |
|      |       |      |  |  |  |
|      |       |      |  |  |  |
|      |       |      |  |  |  |
| kraj | okres | obec |  |  |  |

Dátum prvých príznakov

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

deň mesiac rok

Dátum hlásenia

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

deň mesiac rok

Ochorenie - 1, podozrenie - 2, nosič pôvodcu nákazy - 3, úmrtie - 4  
O koľký prípad v rodine v epidemiologickej súvislosti ide

Dátum izolácie

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

deň mesiac rok

Miesto izolácie:

doma - 1, inf. odd. - 2, inde - 3, neizol. - 4

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

kraj okres zar.

Len pre nozokomiálne nákazy

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Názov zariadenia, v ktorom došlo k nákaze

kraj okres zar. oddel.

POZNÁMKA PRE EPIDEMIOLOGA  
(Mená detí zo spoločnej domácnosti, škola a trieda, prameň  
nákazy, ochorenie po očkovaní atď.)

DÁTUM:

Pečiatka a podpis lekára:

Pečiatka a podpis zdrav. zariadenia:

ŠTÁTNY ZDRAVOTNÝ ÚSTAV

