

Лечебно заведение \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_  
 Град/село \_\_\_\_\_  
 Област \_\_\_\_\_  
 Телефон: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## ДЕЙНОСТИ, СВЪРЗАНИ С МАЙЧИНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ЗА 201... ГОДИНА

### 1. Амбулаторна дейност и домашни посещения

(брой)

a	Ши-фър	Посещения при лекарите	Посещения при акушерките <sup>1)</sup> (сестрите)	Посещения по домовете	
				от лекарите	от акушерките (сестрите)
	б	1	2	3	4
Посещения (вкл. профилактичните) – общо	01				
в т.ч. на бременни и родилки	02				

<sup>1)</sup> Отчитат се посещенията при сестрите (акушерките), само когато извършват самостоятелен прием (заместват лекаря). Не се включват посещенията за изпълнение на процедури, назначени от лекаря.

### 2. Бременни под наблюдение на консултацията

(брой)

Ши-фър	Под наблюдение в началото на годината	Постъпили под наблюдение			Завършили бременността си през годината							Отпаднали от наблюдение преди завършване на бременността	Остават под наблюдение в края на годината
		всичко	в т.ч.:		с раждане на живо дете	с мъртво раждане	с аборт						
			до III лунарен месец	след VII лунарен месец			всичко	в т.ч.:					
								спонтанни (О03)	терапевтични (О04)	от тях:			
б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
01													

Дата: .....

Съставил: .....  
(име, телефон)

Ръководител на ЛЗ: .....  
(подпис, печат)

Директор на РЗИ: .....  
(подпис, печат)