

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

СТАТИСТИЧЕСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ
Формуляр "З" – 12
шестмесечен

Утвърден от Министерството на здравеопазването.
 Представя се от лечебните заведения за болнична помощ и центровете (психиатрични, онкологични, кожновенерологични) до 10-то число на месеца след отчетното шестмесечие в РЗИ. Последният го изпраща до 20-то число в НЦОЗА.

СВЕДЕНИЕ

ЗА ЛЕГЛОВИЯ ФОНД В СТАЦИОНАРИТЕ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ПРЕЗ ШЕСТМЕСЕЧИЕ НА 201... г.

(брой)

Видове легла	Ши- фър	Среден брой легла	Болни в началото на отчет- ния период	Постъпили болни	Приведени от други отделения	Изписани				Преведени в други отделения	Умрели	Остават в края на отчетния период	Проведени леглодни	
						Всичко	в това число:							
							оздравели	подобрани	влошени					без про- мени
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Общо (ш.02+59+70+71)	01													
За активно лечение (ш.03+13+18+28+46)	02													
Интензивни	03													
Вътрешни болести	04													
Кардиология	05													
Детски болести	06													
Хирургия	07													
Нервни болести	08													
Акушерство и гинекология	09													
Неврохирургия	10													
К/ОАИЛ	11													
Други	12													
Акушеро-гинекологични	13													
Гинекология	14													
Родилни	15													
Патологична бременност	16													
Асистирана репродукция	17													
Педиатрични	18													
Неонатология	19													
Педиатрия	20													
Детска кардиология	21													
Детска клинична хематология и онкология	22													
Детска нефрология и хемодиализа	23													
Детска пневмология и фтизиатрия	24													

Видове легла	Шифър	Среден брой легла	Болни в началото на отчетния период	Постъпили болни	Приведени от други отделения	Изписани					Преведени в други отделения	Умрели	Остават в края на отчетния период	Проведени леглодни
						Всичко	в това число:							
							оздравели	подобрили	влошени	без промени				
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Очни болести	57													
Ушно-носно-гърлени болести	58													
За дългосрочни грижи (ш.60+69)	59													
За продължително лечение (ш.61 до 68)	60													
Вътрешни болести	61													
Кардиология	62													
Ревматология	63													
Пневмология и фтизиатрия	64													
Ортопедия и травматология	65													
Нервни болести	66													
Хипотрофични, увредени и недоносени деца	67													
Други	68													
За палиативно лечение	69													
За рехабилитация	70													
Психиатрични (ш.72+73)	71													
За активно лечение	72													
За дългосрочни грижи	73													

Места за краткотраен престой

	Шифър	Брой	Обслужени лица – брой
а	б	1	2
Места за краткотраен престой	01		
от тях: психиатрични	02		

Дата:

Съставил:
(име, телефон)

Ръководител на ЛЗ:
(подпис, печат)

Директор на РЗИ:
(подпис, печат)