Лечебно заведение _____

Адрес _____

Град/село _____

Област _____

Телефон: _____ e-mail: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
към формуляр № 365-О

ДЕЙНОСТ НА ЛЕКАРИТЕ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА ЗА 202... ГОДИНА

1. Терапевтична дейност

	Шифър	Всичко	от тях: на деца до 17 год.		Бременни и кърмещи жени		Шифър	Брой
			постоянни зъби	временни зъби				
а	б	1	2	3	4	а	б	1
Излекувани зъби с: Кариес	01					Посещения за лечение на: Лигавични заболявания	07	
Пулпит	02					Пародонтоза	08	
Периодонтит	03					Лица с цялостно отстранен зъбен камък	09	
Излекувани зъби – общо (ш.01+02+03)	04					Терапевтично санирани лица	10	
от тях: излекувани с амалгама	05							
излекувани с друг материал	06							

2. Хирургична дейност

(брой)

	Шифър	Всичко	от тях: на деца до 17 год. постоянни зъби
а	б	1	2
Екстрахирани зъби	01		
Инцизии на абсцеси и флегмони	02		
Апикални остеотомии	03		
Хирургично санирани лица	04		

3. Протетична дейност

	Шифър	Брой
а	б	1
Имплантати	01	
Фасети	02	
Коронки	03	
Мостови конструкции	04	
Протези	05	
от тях: цели протези	06	
Протетично санирани лица	07	

4. Ортодонтска дейност

	Шифър	Брой
а	б	1
Поставени брекети	01	
Поставени апарати	02	
Цялостно излекувани лица със ЗЧД	03	

5. Профилактична дейност

(брой)

	Шифър	Всичко	от тях:	
			Бременни и кърмещи жени	Деца до 17 год.
а	б	1	2	3
Прегледани лица	01			
от тях нуждаещи се от санирање	02			

6. Цялостно санирани лица

(брой)

	Шифър	Всичко	от тях:	
			Бременни и кърмещи жени	Деца до 17 год.
а	б	1	2	3
Цялостно санирани лица	01			

Съставил: .....
(име, телефон)

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

Дата: .....

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