Лечебно заведение _____

Адрес _____

Град/село _____

Област _____

Телефон: _____ e-mail: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
към формуляр № 365-О

ДЕЙНОСТИ, СВЪРЗАНИ С МАЙЧИНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ЗА 202... ГОДИНА

1. Посещения на бременни и родилки

(брой)

Шифър	В консултацията	По домовете
а	1	2
01		

2. Бременни под наблюдение на консултацията

(брой)

Шифър	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					
а	1	2	3	4	5	6	7	8	9
01									

2025

Дата:..... Съставил:..... Ръководител на ЛЗ:..... Директор на РЗИ: .....
(име, телефон) (подпис, печат) (подпис, печат)