

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 202... г.

(брой)

Видове легла	Ши- фър	Среден брой легла	Болни в началото на отчетния период	Постъпили болни	Приведени от други отделения	Изписани				Преведени в други отделения	Умрели	Преведени в други лечебни заведения	Остават в края на отчетния период	Проведени леглодни					
						Всичко	в това число:												
а	б	1	2	3	4	5	оздраве- ли	подобре- ни	влошени	без про- мени	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Общо (ш.02+68+77+78)	01																		
За активно лечение (ш.03+17+22+32+55)	02																		
<i>Интензивни</i>	03																		
Акушерство и гинекология	04																		
Вътрешни болести	05																		
Кардиология	06																		
Неврохирургия	07																		
Неонатология	08																		
Нервни болести	09																		
Педиатрия	10																		
Хирургия	11																		
К/ОАИЛ	12																		
в т.ч.: Неонатология	13																		
Педиатрия	14																		
Други	15																		
от тях: COVID-19 инфекция	16																		
<i>Акушеро-гинекологични</i>	17																		
Асистирана репродукция	18																		
Гинекология	19																		
Патологична бременност	20																		
Родилни	21																		
<i>Педиатрични</i>	22																		
Детска гастроентерология	23																		
Детска ендокринология и болести на обмяната	24																		

Видове легла	Ши- фър	Среден брой легла	Болни в началото на отчетния период	Постъпили болни	Приведени от други отделения	Изписани				Преведени в други отделения	Умрели	Преведени в други лечебни заведения	Остават в края на отчетния период	Проведени леглодни	
						Всичко	в това число:								
							оздраве- ли	подобре- ни	влошени						без про- мени
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
За дългосрочни грижи (ш.87 до 92)	86														
Геронтология	87														
Детско-юношески	88														
Наркология	89														
Обща психиатрия	90														
Съдебна психиатрия	91														
Други	92														

Места за краткотраен престой до 12 часа

а	Шифър	Брой	Обслужени лица	
			Брой	Посещения
а	б	1	2	3
Места за краткотраен престой	01			
от тях: диализни	02			
лъчелечение	03			
медицинска онкология	04			
психиатрични	05			
хирургични	06			

Дата:

Съставил:
(име, телефон)

Ръководител на ЛЗ:
(подпис, печат)

Директор на РЗИ:
(подпис, печат)