

Лечебно заведение _____

Адрес _____

Гр./село _____

Област _____

СТАТИСТИЧЕСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ

Формуляр "З" - 12

тримесечен

Утвърден от Министерство на здравеопазването.

Представя се от лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите до 10-то число на месеца след отчетното тримесечие в РЗИ.

Последният го изпраща до 20-то число в НЦОЗА.

СВЕДЕНИЕ

ЗА ЛЕГЛОВИЯ ФОНД В СТАЦИОНАРИТЕ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ПРЕЗ ТРИМЕСЕЧИЕ НА 201... ГОД.

(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	Остават в края на отчетния период	Проведени леглодни	
						Всичко	в това число:							
							оздравели	подобрени	влошени					без промени
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Общо (ш.02+11+38+49+50)	01													
За анестезиология и интензивно лечение	02													
в т.ч. вътрешни болести	03													
кардиологични	04													
педиатрични	05													
хирургични	06													
неврологични	07													
гинекологични	08													
ОАРИЛ	09													
други	10													
За активно лечение	11													
в т.ч. вътрешни болести	12													
гастроентерологични	13													
ендокринологични	14													
кардиологични	15													
ревматологични	16													
пневмологични и фтизиатрични	17													
нефрологични	18													
хематологични	19													
педиатрични	20													
детски кърмачески	21													
неонатологични	22													

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	Остават в края на отчетния период	Проведени леглодни	
						Всичко	в това число:							
							оздравели	подобрани	влошени					без промени
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
хирургични	23													
ортопедо-травматологични	24													
урологични	25													
неврохирургични	26													
гинекологични	27													
родилни	28													
патологична бременност	29													
инфекциозни	30													
офталмологични	31													
оториноларингологични	32													
психиатрични	33													
неврологични	34													
дермато-венерологични	35													
токсикологични	36													
онкологични	37													
За долекуване и продължително лечение	38													
в т.ч. вътрешни болести	39													
кардиологични	40													
ревматологични	41													
пневмологични и фтизиатрични	42													
ортопедо-травматологични	43													
психиатрични	44													
неврологични	45													
хипотрофични, увредени и недоносени деца	46													
реабилитационни и физиотерапевтични	47													
други	48													
Дневен стационар	49													

Дата:

Съставил:
(име, телефонен N)

Ръководител на ЛЗ:
(подпис, печат)

Директор на РЗИ:
(подпис, печат)