

Лечебно заведение \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Гр./село \_\_\_\_\_

Област \_\_\_\_\_

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**  
Към формуляр № 365

## ДЕЙНОСТ НА СТОМАТОЛОЗИТЕ ЗА 200... ГОДИНА

### 1. Терапевтична дейност

	Ши-фър	Всичко	от тях: на деца до 17 год.			Ши-фър	Брой
			постоянни зъби	временни зъби			
а	б	1	2	3	а	б	1
Излекувани зъби с: Кариес	01				Посещения за лечение на: Лигавични заболявания	05	
Пулпит	02				Пародонтоза	06	
Периодонтит	03				Лица с цялостно отстранен зъбен камък	07	
Излекувани зъби – общо (ш.01+02+03)	04				Терапевтично санирани лица	08	

### 2. Хирургична дейност

(Брой)

	Шифър	Всичко	от тях: на деца до 17 год. постоянни зъби
Екстрахирани зъби	01		
Инцизии на абсцеси и флегмони	02		х
от тях: екстраорални	03		х
Апикални остеотомии	04		
Хирургично санирани лица	05		х

### 3. Ортопедична дейност

	Шифър	Брой
а	б	1
Неподвижни протези	01	
от тях: мостови конструкции	02	
Подвижни протези	03	
от тях: цели протези	04	
Ортопедично санирани лица	05	

#### 4. Ортодонтска дейност

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

#### 5. Профилактична дейност

(Брой)

	Ши-фър	Всичко	от тях:	
			Бременни и кърмачки	Деца до 17 год.
а	б	1	2	3
Прегледани лица	01			
от тях нуждаещи се от саниране	02			

#### 6. Цялостно санирани лица

(Брой)

	Ши-фър	Всичко	от тях:	
			Бременни и кърмачки	Деца до 17 год.
а	б	1	2	3
Цялостно санирани лица	01			

Съставил:.....  
(име, телефонен N)

Директор / Управител:.....  
(подпис, печат)

Дата:.....

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