

Образац бр. ДИ-10

Здравствена установа _____

Одељење _____ Република _____

Место _____ Улица и број _____

Општина _____ Телефон _____

КЊИГА ЕВИДЕНЦИЈЕ ПОБАЧАЈА И ПРЕКИДА ТРУДНОЋЕ

за _____ годину

Здравствена установа _____
 Одељење _____ Република _____
 Место _____ Улица и број _____
 Општина _____ Телефон _____
 Редни број пријаве _____

ПРИЈАВА ПОБАЧАЈА И ПРЕКИДА ТРУДНОЋЕ

_____ ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Презиме, име једног од родитеља и име породиље _____

Број историје болести _____

Место сталног боравка _____ Улица и број _____
Место Улица и број

Брачно стање _____ У браку – 1 _____ Ван брака - 2 _____

Посао који обавља _____ | | | |

Категорија здравственог осигурања _____ | | | | | | | |

Датум пријема дан _____ месец _____ година _____ | | | | | | | |

Датум прекида трудноће дан _____ месец _____ година _____ | | | | | | | |

Датум исписа дан _____ месец _____ година _____ | | | | | | | |

Број живе деце _____ | | |

Број прекида трудноће _____ | | |

Категорија прекида трудноће (према МКБ-10) _____

_____ | | | | | | | |

У којој седмици трудноће је прекид трудноће извршен-компетиран _____ | | | |

Компликације настале у току прекида трудноће _____

_____ | | | | | | | |

Основни узрок смрти (према МКБ-10) _____

_____ | | | | | | | |

У _____
 Датум _____ год. _____ лекар