

«Отчет о количестве проведенных диагностических исследований (ЭХО-кардиография, УЗДС)
в амбулаторных условиях в Республики Башкортостан» за _____ месяц 2021 года

Наименование медицинской организации _____

| Вид исследования | Количество исследований по прикрепленным медицинским организациям (МО) | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| | Наименование МО | | Наименование МО | | Наименование МО | | Наименование МО | |
| | исследований за отчетный период | Исследований с нарастающим итогом | исследований за отчетный период | Исследований с нарастающим итогом | исследований за отчетный период | Исследований с нарастающим итогом | исследований за отчетный период | Исследований с нарастающим итогом |
| ЭХО-кардиография: | | | | | | | | |
| В рамках ОМС | | | | | | | | |
| В рамках платных услуг | | | | | | | | |
| УЗДС брахиоцефальных артерий: | | | | | | | | |
| В рамках ОМС | | | | | | | | |
| В рамках платных услуг | | | | | | | | |
| УЗДС магистральных артерий и вен нижних конечностей: | | | | | | | | |
| В рамках ОМС | | | | | | | | |
| В рамках платных услуг | | | | | | | | |
| ВСЕГО: | | | | | | | | |
| В рамках ОМС | | | | | | | | |
| В рамках платных услуг | | | | | | | | |

Руководитель медицинской организации,
проводящей (или закрепленной на) исследования _____

дата, подпись, Ф. И.О., печать