

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM e- ZDROWIA			
Nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		MZ-24  <b>Roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej</b>	Nazwa i adres zakładu podmiotu leczniczego
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.			REGON zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
TERYT podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		Przekazać za pomocą portalu <a href="https://ssoz.ezdrowie.gov.pl">https://ssoz.ezdrowie.gov.pl</a> w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2020 (z danymi za rok 2020)	TERYT zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
Kod podmiotu tworzącego (część III)	Kod formy organizacyjno-prawnej (część IV)		Rodzaj działalności leczniczej (część VI sytemu resortowych kodów identyfikacyjnych)

*Wypełniać tylko w przypadku sporządzania sprawozdania oddzielnie dla każdej jednostki organizacyjnej.*

Nazwa jednostki organizacyjnej	Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	TERYT jednostki organizacyjnej
--------------------------------	--	--------------------------------

*Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U.2020 poz. 434 z późn. zm.).*

**Za prawidłowe sporządzenie sprawozdania odpowiada kierownik jednostki. Podstawę wypełniania formularza stanowi dokumentacja medyczna, której obowiązek prowadzenia dotyczy wszystkich jednostek ochrony zdrowia. Przed wypełnieniem sprawozdania należy zapoznać się z objaśnieniami znajdującymi się na formularzu.**

**Uwaga!** Sprawozdanie wypełniają podmioty lecznicze w tym indywidualne i grupowe praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa.

#### Liczba wykonanych przerwania ciąży

Wyszczególnienie		Razem	w tym u kobiet w wieku lat				
			poniżej 20	20–24	25–29	30–34	35 i więcej
0	1	2	3	4	5	6	
Dokonano przerwania ciąży ogółem	01						

.....  
(imię, nazwisko i telefon osoby,  
która sporządziła sprawozdanie)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)

#### Objaśnienia

W wierszu 1 wykazać liczbę wykonanych przerwania ciąży w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zgodnie z art. 4a ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.).