
ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

**ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК ЗА
СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР С
ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНА
ДЕНТАЛНА ПОМОЩ**

ОБОРУДВАНЕ НА КАБИНЕТА

НАИМЕНОВАНИЕ
1. Дентален юнит с пациентски стол и периферия
2. Стерилизатор/автоклав

ИНСТРУМЕНТАРИУМ И КОНСУМАТИВИ ЗА КАБИНЕТ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА*

НАИМЕНОВАНИЕ
1. Дентални пинсети
2. Дентални огледалца
3. Дентални сонди
Клещи за горни зъби
1. Фронтални/кучешки
2. Премолари
3. Молари /леви и десни/
4. Мъдреци
5. Корени /байонет/

Клещи за долни зъби
1. Фронтални
2. Кучешки/премолари
3. Молари
4. Мъдреци
5. Корени
Елеватори
1. Прави
2. Странични /леви и десни/

ДРУГИ *

1. Кюрети
2. Матрицодържатели
3. Шпатули – прави и обратни
4. Инструменти за obturации
5. Други инструменти и пособия по преценка на лекаря по дентална медицина
6. Стандартни отпечатъчни лъжици **
7. Отпечатъчен материал **

* Конкретната окомплектовка на инструментариума и броят му се определят от лекаря по дентална медицина, въз основа на прилагания метод на стерилизация.

** Изискването за оборудването, обозначено със ** влиза в сила съгласно наредбата по чл.45, ал.2 от ЗЗО.

**ЛЕКАРСТВА ЗА ОБЗАВЕЖДАНЕ НА КАБИНЕТ ПО ДЕНТАЛНА
МЕДИЦИНА В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА
ДЕНТАЛНА ПОМОЩ**

КОД	Международно непатентно наименование	Лекарствена форма	Минимален брой за един лекар по дентална медицина
A12AA 03	Calcium gluconate	amp. 10% 10 ml	1
H02AB 04	Methylprednisolone	amp.20 mg 2 ml или amp.40 mg 1 ml	4
R03DA 05	Aminophylline	amp.240 mg 10 ml	2

ДЕКЛАРАЦИЯ

(При наети лица се попълва декларация за ГП, ДЦ и МДЦ)

.....
(име и вид на ЛЗ за ИДП)

.....
адрес

с номер на регистрация в РЦЗ/РЗИ №.....

представявано от

.....
(име, фамилия)

Декларирам, че

1. Разполагам с изискуемото дентално оборудване и обзавеждане на кабинет в лечебно заведение за извънболнична дентална помощ, съгласно Приложение № 4.

2. Лекарите по дентална медицина, работещи в лечебното заведение не са членове на Трудово-експертна-лекарска комисия (ТЕЛК) / Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК).

3. Разполагам с изискуемото оборудване и обзавеждане за извършване на секторна рентгенография и/или ортопантомография. (само за ЛЗ за ИДП, извършващи рентгенографска дейност).

4. При промяна в обстоятелствата, се задължавам в срок от 7 дни да уведомя писмено РЗОК.

Декларатор:

/име, фамилия, подпис, печат/

ДЕКЛАРАЦИЯ (за групова практика, ДЦ, МДЦ)

.....
(име и вид на ЛЗ за ИДП)

.....
адрес
с номер на регистрация в РЦЗ/РЗИН№.....

представявано от

.....
(име, фамилия)

Декларирам, че

1. В лечебното заведение работят следните лекари по дентална медицина за ПИДП/СИДП:

Име, фамилия	Пакет дейности*	№ на договор на лекар по дентална медицина, работещ в ЛЗ за ДП (отнася се за групова практика, ДЦ, МДЦ)	Срок на договор** от.....до.....

*В графата се вписва пакета дентална помощ, за който се сключва договора. (“Първична извънболнична дентална помощ, Специализирана детска дентална помощ”, “Специализирана хирургична дентална помощ”, Специализирана извънболнична дентална помощ под обща анестезия”)

**Следва да бъде отразена датата на влизане в сила на договора, и дата на прекратяване, в случаите когато лицето е наето на срочен договор.

2. Разполагам с изискуемото дентално оборудване и обзавеждане на кабинет в лечебно заведение за извънболнична дентална помощ, съгласно Приложение № 4.

3. Разполагам с изискуемото оборудване и обзавеждане за извършване на секторна рентгенография и/или ортопантомография. (само за ЛЗ за ИДП, извършващи рентгенографска дейност).

4. Лекарите по дентална медицина, работещи в лечебното заведение не са членове на Трудово-експертна-лекарска комисия (ТЕЛК)/Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК)

5. При промяна в обстоятелствата се задължавам в срок от 7 дни да уведомя писмено РЗОК.

Декларатор:

/име, фамилия, подпис, печат/

ДЕКЛАРАЦИЯ

(за лечебни заведения с разкрити подвижни структури)

.....
(име и вид на ЛЗ за ИДП)

.....
адрес

с номер на регистрация в РЦЗ/РЗИ №.....
представявано от

.....
(име, фамилия)

Декларирам, че

1. Лечебното заведение ще осъществява дейност по договор с НЗОК, чрез подвижни структури по график за обслужване на ЗОЛ, както следва:

Населено място	График за обслужване на ЗОЛ

2. При промяна в обстоятелствата се задължавам в срок от 7 дни да уведомя писмено РЗОК.

Декларатор:

/име, фамилия, подпис, печат/

За Националната здравно-осигурителна каса:
Председател на НС на НЗОК:
Жени Начева

За Българския зъболекарски съюз:

Зам. - председател на УС на БЗС и председател на КРД на БЗС:
Д-р Георги Димов
Председател на УС на БЗС:
Д-р Николай Шарков

Членове на Надзорния съвет на НЗОК:

Д-р Бойко Пенков
Галя Димитрова
Росица Велкова
Теодор Василев
Боян Бойчев
Оля Василева
Андрей Дамянов

Д-р Светослав Гачев
Д-р Донка Станчева - Забуртова
Д-р Бисер Ботев
Д-р Борислав Миланов
Д-р Валентин Павлов
Д-р Нелия Михайлова
Д-р Тодор Кукуванов

За Управител на НЗОК:

Подуправител на НЗОК:

Д-р Йорданка Пенкова

Съгласувал:

Министър на здравеопазването:

Кирил Ананиев