
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 **

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

** Важи за изпълнители на дентална помощ, сключили договор за оказване на дейности по възстановяване функцията на дъвкателния апарат.

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

КОД	Международно непатентно наименование	Лекарствена форма	Минимален брой
H02AB 04	Methylprednisolone	amp.40 mg 1 ml	4
C01DA08	Isosorbide dinitrate	Oromucosal spray/tablet	1 опаковка

ДЕКЛАРАЦИЯ

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

.....
(наименование и вид на лечебното заведение за ИДП)

.....
месторазположение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност)

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

представявано от
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

Декларирам, че:

1. Разполагам с изискуемото дентално оборудване и обзавеждане на кабинет в лечебно заведение за извънболнична дентална помощ, съгласно приложение № 4 към НРД за денталните дейности за 2023 - 2025 г.

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

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 по сключения договор с НЗОК, се задължавам в срок от 7 дни да уведомя писмено РЗОК.

Декларатор:
(име, фамилия, подпис, печат)

ДЕКЛАРАЦИЯ (за групова практика, ДЦ, МДЦ)

(наименование и вид на лечебното заведение за ИДП)

месторазположение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност)

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

представявано от
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

Декларирам, че:

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

Име и 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", Първична и/или специализирана извънболнична дентална помощ под обща анестезия").

**Следва да бъде отразена датата на влизане в сила на договора и датата 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 към НРД за денталните дейности за 2023-2025 г.

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/Национална експертна лекарска комисия.

5. При промяна в обстоятелствата по сключения договор с НЗОК, се задължавам в срок от 7 дни да уведомя писмено РЗОК.

Декларатор:
(име, фамилия, подпис, печат)

ДЕКЛАРАЦИЯ

(за лечебни заведения с разкрити подвижни структури)

.....
(наименование и вид на лечебното заведение за ИДП)

.....
месторазположение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност)

с номер на регистрация в ИАМН/РЗИ №.....
представявано от
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

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 по сключения договор с НЗОК, 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:
доц. Михаил Околийски

Членове на НС на НЗОК:
проф. Илко Гетов

Георги Клисурски

Румен Спецов

д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

проф. Григор Димитров

Тодор Воденичаров

Пламен Таушанов

Управител на НЗОК:
Станимир Михайлов

За Българския зъболекарски съюз:

Председател на УС на БЗС:
д-р Николай Шарков

Членове на УС на БЗС:
д-р Георги Сойтариев

д-р Георги Габровски

д-р Константин Даков

д-р Трифон Антонов

д-р Валентин Павлов

д-р Тодор Кукуванов

д-р Бисер Ботев

д-р Мартин Найденов

Съгласувал: Министър на здравеопазването:
проф. д-р Христо Хинков