
ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

ПЪРВИЧНИ МЕДИЦИНСКИ ДОКУМЕНТИ

КОДОВЕ НА ПАКЕТИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Код	Пакет изследвания
06_01	Секторна рентгенография
10_62	Ортопантомография

КОДОВЕ ЗА ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПИДП

Код	Специалист
60	Обща дентална медицина
64	Общопрактикуващ лекар по дентална медицина без придобита специалност

КОДОВЕ ЗА ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА СИДП

Код	Специалист
61	Детска дентална медицина
62	Орална хирургия
68	Лицево-челюстна хирургия

ТИПОВЕ НАПРАВЛЕНИЯ (БЛ. 3, БЛ. 3А, БЛ. 4, БЛ. 6)

Тип	По повод посещение на ЗЗОЛ:
1	с остро заболяване или състояние извън останалите типове
2	с хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение
6	за медицинска експертиза

КОДОВЕ НА СПЕЦИАЛНОСТИ НА ЛЕКАРИ

Код	Лекар специалист
00	Общопрактикуващ лекар
01	Акушерство и гинекология
02	Клинична алергология
03	Гастроентерология
04	Кожни и венерически болести
05	Ендокринология и болести на обмяната
06	Вътрешни болести
07	Инфекциозни болести
08	Кардиология
09	Клинична лаборатория
10	Нервни болести
11	Нефрология
12	Медицинска онкология
13	Ортопедия и травматология
14	Ушно-носно-гърлени болести
15	Очни болести
16	Медицинска паразитология
17	Детски болести
18	Психиатрия
19	Пневмология и фтизиатрия
20	Ревматология
21	Образна диагностика
22	Урология
23	Физикална и рехабилитационна медицина
24	Клинична хематология
25	Хирургия
26	Анестезиология и интензивно лечение
27	Гръдна хирургия
29	Неврохирургия
31	Съдова хирургия
32	Кардиохирургия
33	Клинична алергология и детски болести
34	Детска ендокринология и болести на обмяната
35	Детска кардиология
36	Детска пневмология и фтизиатрия
37	Клинична токсикология
38	Детска психиатрия
39	Детска ревматология
40	Трансфузионна хематология
41	Микробиология
43	Обща и клинична патология
44	Вирусология
45	Клинична имунология
48	Нуклеарна медицина
50	Детска хирургия
51	Детска клинична хематология и онкология
52	Детска гастроентерология
53	Детска нефрология и хемодиализа
54	Детска неврология
55	Лицево-челюстна хирургия
56	Неонатология
69	Лъчелечение
70	Хранене и диетика
71	Акушерство и гинекология с квалификация по онкогинекология
72	Кожни и венерически болести с квалификация по онкодерматология

Лекар по дентална медицина
(подпис и личен печат)

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ОТ ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА

“Амбулаторен лист” е предназначен за попълване от лекар по дентална медицина при посещение на лице, получило дентална помощ.

Документът е месечен и съдържа информация за извършените дентални дейности при всяко посещение от пациента за дадения календарен месец. Издава се в един екземпляр. При поискване от страна на пациента се издава втори екземпляр. Документът се попълва ясно и четливо, със син или черен химикал.

1. Данни за пациента:

1.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – за български граждани се попълва единен граждански номер. За чуждестранните граждани, дългосрочно пребиваващи в Република България, се попълва личен номер на чужденеца. Съответният чекбокс се маркира с X.

1.2. **РЗОК No, здравен район** – вписват се кодовете на областния център и здравния район по местоживеене, съгласно здравната карта на Република България.

1.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящ адрес.

1.4. **Идентификационен номер на чужденеца** – попълва се:

1.4.1. **Идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава-членка на Европейския съюз, в Швейцария или в държава – страна по Споразумението за Европейско икономическо пространство (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн)**, за които се прилага законодателството на Република България съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на §1, т.22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Република България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват и се маркира с X съответния чекбокс.

1.4.2. **Идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (ССН)** и се маркира с X съответния чекбокс.

1.5. **Дата на раждане** – попълва се за здравноосигурени лица по т. 1.4. и за лица с ЛНЧ.

1.6. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата. *Задължителен е за попълване само за лицата по т. 1.4.1.*

1.7. **Неблагоприятни условия** – маркира се с “X” в случаите, когато ЗЗОЛ има настоящ адрес в населено място, определено като такова с неблагоприятни условия.

2. Данни за лекаря по дентална медицина:

2.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът, издаден от регионален център по здравеопазване (РЦЗ/РЗИ) на титуляра на лечебното заведение).

2.2. **ЛПК на лекаря по дентална медицина** – вписва се личният професионален код на лекаря по дентална медицина

2.3. **ЛПК на заместващия лекар по дентална медицина** – вписва се личният професионален код на заместващия лекар по дентална медицина

2.4. **Код за ПИДП/СИДП** – вписва се кодът на специалността, съгласно приложена номенклатура.

2.5. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекаря по дентална медицина.

3. **Амбулаторен лист No** – пореден номер на амбулаторен лист за календарната година. Номерацията е последователна. Номерът се изписва **“дясно подравнен”**.

4. **Номер на здравноосигурителната книжка** – вписва се осем-цифреният номер на здравноосигурителната книжка.

5. Медицинска информация:

5.1. **Алергия, минали заболявания, настоящи заболявания** – вписват се всички медицински данни, отнасящи се до състоянието на пациента.

5.2. **Зъбен статус на пациента** – отразява се зъбният статус на пациента, при първото му посещение при лекар по дентална медицина. Последният чекбокс във всеки квадрант се използва при наличие на свръхброен зъб.

5.3. **Дата, диагноза, код зъб, дейност, код дейност, брой минути** – вписва се само датата, когато окончателно е завършена денталната дейност, а не отделните нейни етапи; поставената диагноза и кодът на зъба, за който се отнася; име и код на окончателно извършената дентална дейност по договорените с НРД дейности. Брой минути са отразяват при отчитане на код 901 и 902.

5.3.1. В диагноза се посочва Dsn и код на зъб. При изписване на код на свръхброен зъб квадрантите с номера 1,2,3,4 се заместват с букви A,B,C,D. Напр. свръхброен зъб на 11-зъб се изписва A1, на 21-зъб – B1, на 31-зъб – C1, на 41-зъб – D1.

6. Пациентът удостоверява с подписа си информираност за извършените дентални дейности, назначената терапия и очакваните резултати.

7. Насочване за лечение.

7.1. Вид на издаденото направление - маркира се с “X” видът на издаденото направление (бл. МЗ-НЗОК № 3, МЗ-НЗОК № 3А или бл. МЗ-НЗОК № 6, бл. МЗ-НЗОК № 7).

7.2. Медицинско направление бл. МЗ-НЗОК № 3 – към специалист психиатър – вписват се № на направление, дата на издаване, код на специалността за СИМП.

Медицинско направление бл. МЗ-НЗОК № 3А – към специалист анестезиолог – вписват се № на направление, дата на издаване, код на ВСД.

Талон за ЛКК бл. МЗ-НЗОК № 6 – вписват се № на направление, дата на издаване, код СИДП, МКБ код на заболяването се попълва само в случаите за нуждите на медицинската експертиза.

Направление за хоспитализация бл. МЗ-НЗОК № 7 при необходимост от насочване на задължително здравноосигурено лице към лечебно заведение за болнична помощ – вписват се дата на издаване и МКБ код на заболяването.

7.3. Направление за МДД бл. МЗ-НЗОК № 4 при необходимост от извършване на секторна рентгенография и/или ортопантомография – вписват се № на направление, дата на издаване, код на дейност.

7.4. Направление за консултация бл. МЗ 119А – към специалист лекар по дентална медицина – вписват се код на специалист, съгласно приложена номенклатура, дата на издаване. При насочване на пациент за лечение по пакет специализирана хирургична извънболнична дентална помощ се посочват кодове 62 и 68.

7.5 Експертиза на работоспособността – маркира се с “X” при преглед по този повод.

Болничен лист No. – вписва се номерът на болничния лист, ако е издаден такъв по време на посещението, брой дни, срок (от дата до дата), МКБ код на заболяване, вид (първичен, продължение).

8. Лекарят по дентална медицина поставя подписа си и подпечатва с личния си печат всеки екземпляр от амбулаторния лист.

9. Кодовете на дейностите, за които НЗОК заплаща, са както следва:

9.1. ПЪРВИЧНА ИЛИ ДЕТСКА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ

Код	Дейности
101	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист
103	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – за бременни
301	Обтурация с амалгама или химичен композит
508	Екстракция на временен зъб, вкл. анестезия
509	Екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезия
332	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб
333	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб

9.3. КОДОВЕ, КОИТО СЕ ИЗПОЛЗВАТ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ЗЗОЛ ДО 18 ГОДИНИ С ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПОД ОБЩА АНЕСТЕЗИЯ

Код	Дейности
901	Обща анестезия в амбулаторни условия (не повече от 180 мин.)
902	Обща анестезия в болнични условия (не повече от 360 мин.)
903	24 часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия

9.2. СПЕЦИАЛИЗИРАНА ХИРУРГИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ

Код	Дейности
102	Специализиран обстоен преглед
520	Инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл.анестезия
510	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, вкл анестезия
544	Контролен преглед след някоя от горните две дейности

9.4. КОДОВЕ, КОИТО СЕ ИЗПОЛЗВАТ ПРИ ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

Код	Дейности
261	Подготовка за ЛКК
262	ЛКК
263	По искане на ЛКК
264	Подготовка за ТЕЛК

10. При интактно съзъбие чекбуксовете за зъбен статус не се попълват.

ПАЦИЕНТ																																																		ИЗПРАЩАЩ ЛЕКАР																								
ЕГН (ЛНЧ) на пациента																									РЗОК No.										здравен район					Рег. номер на лечебното заведение																																		
Идентификационен номер																																																		УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална																								
Име, презиме, фамилия по лична карта/																									УИН на заместващ/нает лекар																																																	
код на държава																									код специалност																																																	
код специалност																									Име, фамилия/																																																	
Дата:																									лекар																																																	
/подпис и личен печат/																									/подпис и личен печат/																																																	

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ No.																														Код специалност																			
Амбулаторен лист: No.																														Лекар																			
Диагнози:																														код специалност																			
МКБ																														Име, фамилия/																			
основна диагноза																														Дата:																			
МКБ																														лекар																			
придр. заболяване																														/подпис и личен печат/																			
МКБ																														/подпис и личен печат/																			
придр. заболяване																														/подпис и личен печат/																			

ИЗПРАЩА СЕ ЗА: Тип																																																		ПРИЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ДОКУМЕНТИ:																			
1 остро заболяване или състояние извън останалите типове																																																		1. Препоръки за лечение																			
2 хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение																																																		2. Препоръки за наблюдение																			
3 избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерно наблюдение																																																		3. Препоръки за наблюдение																			
4 диспансерно интердисциплинарно наблюдение																																																		4. Препоръки за наблюдение																			
7 профилактика на ЗЗОЛ над 18г. - от рискови групи																																																		5. Препоръки за наблюдение																			
9 първоначален избор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“																																																		6. Препоръки за наблюдение																			
10 първоначален избор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“																																																		7. Препоръки за наблюдение																			
11 преизбор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“																																																		8. Препоръки за наблюдение																			
12 преизбор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“																																																		9. Препоръки за наблюдение																			

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КОНСУЛТАЦИЯ ИЛИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА СЪВМЕСТНО ЛЕЧЕНИЕ

Първичният медицински документ **"Медицинско направление"** – бл. МЗ-НЗОК № 3 за консултация или за провеждане на съвместно лечение се издава на лицето в **един екземпляр** от лекар, работещ в ЛЗ за извънболнична медицинска/дентална помощ. Лекарят, извършил консултацията или съвместното лечение, отчита документа, заедно с първия екземпляр от "Амбулаторен лист – бл. МЗ-НЗОК № 1" и финансово-отчетните документи в РЗОК.

Документът се попълва ясно и четливо с печатни букви, със син или черен химикал.

I. Данни попълвани от лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението:

1. **Данни за пациента** – попълват се само при преглед по линия на задължителното здравно осигуряване.
 - 1.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Република България, който нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
 - 1.2. **РЗОК №, здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район на избрания общопрактикуващ лекар, съгласно здравната карта на Република България.
 - 1.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.
 - 1.4. **Идентификационен номер на чужденеца** – вписва се персонален идентификационен номер на чужденеца.
 - 1.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата.
2. **Данни за лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението:**
 - 2.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от районния център по здравеопазване (РЦЗ на титуляра на ЛЗ).
 - 2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр или ЛПК на лекаря по дентална медицина.
 - 2.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с "X" заместник или нает персонал.
 - 2.4. **Име и фамилия** – имената на лекаря, издал направлението.
 - 2.5. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението, според приложената номенклатура на специалностите.
 - 2.6. Изпращащият лекар/лекар по дентална медицина вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и с печата на лечебното заведение (за нает персонал).
 - 2.7. **"Специалност"** – изпращащият лекар изписва кода и наименованието на специалността на специалиста, към който се изпраща пациентът, съгласно приложена номенклатура.
3. **Общи данни**
 - 3.1. **Медицинското направление No.** – пореден номер на направлението за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всеки лекар (ОПЛ или специалист). Номерът се изписва **"дясно подравнен"**.
 - 3.2. **Амбулаторен лист No.** – вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.

4. Медицинска информация

- 4.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за посещението и код по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.2. **Придружаващи заболявания и усложнения** – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.3. **Изпраща се за** – поводът за издаване на направлението се маркира с "X" в съответното поле: **тип 1** – по повод остро заболяване или състояние извън останалите типове, издава се от ОПЛ или специалист; **тип 2** – по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение, издава се от ОПЛ или специалист; **тип 3** – за избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерното наблюдение, издава се само от ОПЛ за извършване на преглед и вписване на ЗЗОЛ в диспансерната листа на специалиста; **тип 4** – за диспансерно интердисциплинарно наблюдение, издава се от специалист или ОПЛ само на лица включени в диспансерната им листа за консултация със специалист в хода на диспансерното наблюдение, съгласно предвиденото в Приложения № 9 и № 14; **тип 7** – за профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст от рискови групи, издава се само от ОПЛ на лица включени в регистъра; **тип 9** – за първоначален избор на специалист по АГ, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“, издава се само от ОПЛ; **тип 11** – за преизбор на специалист по АГ, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“, издава се само от ОПЛ; **тип 10** – за първоначален избор на специалист педиатър, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Детско здравеопазване“, издава се само от ОПЛ; **тип 12** – за преизбор на специалист педиатър, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Детско здравеопазване“, издава се само от ОПЛ.

- 4.4. **Приложени медицински документи** – вписват се приложените медицински документи.

II. Данни попълвани от лекаря, извършил прегледа

1. Данни за лекаря специалист, провел консултация или съвместно лечение:

- 1.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на лечебното заведение, издаден от районния център по здравеопазване.
- 1.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря специалист.
- 1.3. **Име и фамилия** – име и фамилия на лекаря специалист, извършил прегледа.
- 1.4. Лекарят/лекарят по дентална медицина, извършил прегледа вписва датата на извършването му, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат.

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДЕЙНОСТИ

Първичният медицински документ **"Медицинско направление"** – бл. МЗ-НЗОК № 3А за извършване на високоспециализирани дейности се съставя на лица в **един екземпляр** от лекар, работещ в ЛЗ за извънболнична медицинска/дентална помощ по договор с НЗОК. Изпълнителят на СИМП, ЛЗ за БП, диспансери със стационар и СИМП с легла за краткосрочно наблюдение и лечение, извършили ВСД, отчита документа заедно с първите екземпляри от "Амбулаторен лист - бл. МЗ-НЗОК № 1" и финансово-отчетните документи в РЗОК.

Документът се попълва ясно и четливо с печатни букви, със син или черен химикал.

I. Данни попълвани от лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението:

1. **Данни за пациента** – попълват се само при преглед по линия на задължителното здравно осигуряване.
 - 1.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Република България, който нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
 - 1.2. **РЗОК No., здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район на избрания общопрактикуващ лекар, съгласно здравната карта на Република България.
 - 1.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.
 - 1.4. **Идентификационен номер на чужденеца** – вписва се персонален идентификационен номер на чужденеца.
 - 1.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата.
2. **Данни за лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението:**
 - 2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от районния център по здравеопазване (РЦЗ на титуляра на ЛЗ).
 - 2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр на ЛЗ и ЛПК на лекаря по дентална медицина.
 - 2.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с "X" заместник или нает персонал.
 - 2.4. **Име и фамилия** – имената на лекаря, издал направлението.
 - 2.5. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението, според приложената номенклатура на специалностите.
 - 2.6. Изпращащият лекар/лекар по дентална медицина вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и с печата на лечебното заведение (за нает персонал).
 - 2.7. **"Специалност"** – изпращащият лекар изписва кода и наименованието на специалността на специалиста, към който се изпраща пациентът, съгласно приложена номенклатура.
3. **Общи данни**
 - 3.1. **Медицинско направление No.** – пореден номер на направлението за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година. Номерът се изписва **"дясно подравнен"**.
 - 3.2. **Амбулаторен лист No.** – вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.

4. Медицинска информация

- 4.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за посещението и код по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.2. **Придружаващи заболявания и усложнения** – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.3. **Изпраща се за** – вписва се кодът и наименованието на ВСД (изписва се на български език), която е повод за посещението и код по МКБ и се маркира с "X" съответно: **тип 1** – по повод остро заболяване или състояние извън останалите; **тип 2** – по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение; **тип 4** – за диспансерно наблюдение, издава се от ОПЛ/специалист само на лица включени в диспансерната им листа за ВСМД в хода на диспансерното наблюдение, съгласно предвиденото в Приложение № 9 и 14; **тип 6** – за медицинска експертиза; **тип 7** – за профилактика на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст от рискови групи.

"болнична" се маркира с "X", когато се издава направление за ВСД, което ще се изпълни в болнични лечебни заведения, лечебни заведения от специализираната извънболнична помощ с легла за краткосрочно наблюдение и лечение или диспансери със стационар.

- 4.4. **Приложени медицински документи** – вписват се приложените медицински документи.

II. Данни попълвани от лекаря, извършил прегледа

1. Данни за лекаря специалист, провел консултация или съвместно лечение:

- 1.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на лечебното заведение, издаден от районния център по здравеопазване.
- 1.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря специалист.
- 1.3. **Име и фамилия** – име и фамилия на лекаря специалист, извършил прегледа.
- 1.4. Лекарят/лекарят по дентална медицина, извършил прегледа вписва датата на извършването му, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат.

No. амбулаторен лист No.

[illegible]

име, презиме и фамилия по лична карта

Ул. No.

Изпращаш									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

Заместитель	начальника

[illegible][illegible]

код специальности _____ имя и фамилия _____

[illegible][illegible]

Кодове на извъншени МДП

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Дата _____ подпись и личн печат _____

Бд МЗ-НЗОР № 4

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА НАПРАВЛЕНИЕ ЗА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

Първичният медицински документ "Направление за медико-диагностична дейност" – бл. МЗ-НЗОК № 4 се съставя в един екземпляр от лекар по дентална медицина в ЛЗ за извънболничната дентална помощ и в един екземпляр от лекар в ЛЗ за извънболничната медицинска помощ и се изпращат в ЛЗ, извършващо МДД чрез пациента. Резултатите се изпращат чрез пациента или по служебен път на лекаря, назначил изследванията за формиране на здравно досие на ЗЗОЛ. Изпълнителите, извършили лабораторните изследвания, отчитат документа заедно с отчетните документи в РЗОК.

Документът се попълва ясно и четливо с печатни букви, със син или черен химикал.

1. Общи данни:

1.1. **Направление за медико-диагностична дейност No.** – пореден номер направление за медико-диагностична дейност. Номерацията е последователна за всеки лекар в рамките на календарна година. Номерът се изписва **"дясно подравнен"**.

1.2. **Амбулаторен лист No.** – вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.

2. Данни за пациента:

2.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Република България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.

2.2. **РЗОК No., здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район на избрания общопрактикуващ лекар, съгласно здравната карта на Република България.

2.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.

2.4. **Идентификационен номер на чужденеца** – вписва се персонален идентификационен номер на чужденеца.

2.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата.

3. Данни за лекаря, издаващ направлението:

3.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на лечебното заведение, издаден от районния център по здравеопазване или МЗ – на лекаря титуляр.

3.2. **Код специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря, назначил МДД, според приложената номенклатура на специалностите.

3.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр/ЛПК на лекаря по дентална медицина.

3.4. **УИН** – вписва се УИН на лекаря заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с "X" заместник или нает персонал.

3.5. **Име и фамилия** – имената на лекаря, назначил МДД.

4. Изпраща се за – изпращащият лекар, издал направлението, вписва:

4.1. Кода на диагнозата по МКБ 10 (1. основен код на главна диагноза; 2. допълнителен код).

4.2. Кодовете на назначените МДД.

4.3. Полетата, в които не са вписани кодове на назначени МДД, се зачертават.

4.4. Посочва се типът на направлението, съгласно приложена номенклатура, както следва: **тип 1** – по повод остро заболяване или състояние извън останалите типове, издава се от ОПЛ или специалист; **тип 2** – по повод хронично заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение; издава се от ОПЛ или специалист; **тип 4** – за диспансерно наблюдение, издава се от специалист или ОПЛ само на лица включени в диспансерната им листа за медико-диагностични изследвания в хода на диспансерното наблюдение, съгласно Приложения № 9 и № 14; **тип 6** – за медицинска експертиза, издава се от ОПЛ или специалист за МДД, необходими в хода на експертизата; **тип 7** – за профилактика на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст, издава се от ОПЛ, в хода на профилактиката, съгласно изискванията на Приложение № 13 или от специалист в хода на профилактиката на лица от рискови групи, съгласно Приложение №15; **тип 8** – по искане на ТЕЛК/НЕЛК, издава се само от ОПЛ за ВСМДИ по искане на ТЕЛК или НЕЛК; **тип 9** – по програма „Майчино здравеопазване“, издава се от изпълнителя на програмата – ОПЛ или специалист АГ, съгласно Приложения № 13 и № 15; **тип 10** – по програма „Детско здравеопазване“, издава се от изпълнителя на програмата – ОПЛ или специалист педиатър, съгласно Приложения № 13 и №15.

4.5. Попълва се само от лекар по дентална медицина. При назначаване на МДД с код 06_01 (секторна рентгенография) се вписва код на зъб.

--	--	--	--	--

5. Изпращащият лекар/лекар по дентална медицина вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и печата на ЛЗ (за нает персонал).

6. Данни на лекаря, извършил изследванията:

6.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът, издаден от районния център по здравеопазване или МЗ.

6.2. **Код специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря, извършил МДД, според приложената номенклатура на специалностите.

6.3. **УИН на лекаря** – вписва се УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина, извършил МДД.

6.4. **Име и фамилия** – имената на лекаря, извършил МДД.

6.5. Вписват се кодовете на извършените МДД.

6.6. Извършващият лекар/лекар по дентална медицина вписва дата на извършване на изследванията, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат.

7. Пациентът декларира извършването на медико-диагностичните изследвания с подписа си.

[illegible]

ден месец година			№ на рецептурна книжка			единична цена сума за изплащане от пациента от РЗОК	
код на лекарствен продукт генерично заместване да не			Rp. МКБ				
код на лекарствен продукт генерично заместване да не			Rp. МКБ				
код на лекарствен продукт генерично заместване да не			Rp. МКБ				
Амбулаторен лист №				Рецепта №			

Лекар/лекар по дентална медицина

Всичко :

пациент: _____

име _____ фамилия _____ възраст _____

идентификационен номер на пациента _____ Код на държава _____ ЕПН /ЛНЧ на пациента _____

адрес: _____

град/село _____ улица _____ номер _____ блок _____ вход _____ етаж _____ ап. _____

☐ бременна ☐ кърмачка

[illegible]

Указания за работа с документи за предписване и отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели

ИМП предписва продукти за лечение на хронични заболявания на рецептурна бланка бл. МЗ-НЗОК №5 или №5А по своя преценка, в зависимост от състоянието на конкретния ЗЗОЛ. Поредният № на рецептата се генерира от софтуера на предписващия, независимо от избрания образец на рецептурна бланка. Номерацията на издадените рецептурни бланки (за комбинацията РЦЗ, УИН и специалност) за всяка календарна година започва от № 1. На една бланка не се предписват различни продукти (лекарства, медицински изделия или диетични храни за специални медицински цели), както и напълно и частично заплащани лекарствени продукти.

УКАЗАНИЯ ЗА РАБОТА С "РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА-НЗОК" – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „ МЗ-НЗОК № 5"

"Рецептурна бланка – бл.МЗ-НЗОК №5" е документ за предписване и отпускане на напълно или частично платени от НЗОК лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, в количества за до 30 дни. Попълва се в два екземпляра от изпълнителя на медицинска или дентална помощ.

И двата екземпляра се предават на пациента.

В случай, че лекарят или лекарят по дентална медицина е предписал доза по-висока от максимално определената при разрешаване на лекарствения продукт и се е подписал срещу нея, фармацевтът изпълнява съответното предписание.

В случай на явни несъответствия в предписанията, фармацевтът е задължен да се свърже с лекаря или лекаря по дентална медицина, издал рецептата.

Документът се попълва ясно и четливо.

Данни, попълвани от лекар или лекар по дентална медицина, издал рецептата

1. **Лични данни на лекар/лекар по дентална медицина** – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН/ЛПК, име и фамилия, телефон, подпис, печат.
2. **Данни за пациента** – Име, презиме, фамилия, възраст, адрес, № РЗОК (където е активния избор на ОПЛ), ЕГН (ЛНЧ) - за граждани, осигурени в РБългария; идентификационен номер – за граждани от ЕС или по двустранни спогодби. Код на държавата – вписва се само за граждани на ЕС или по двустранни спогодби.
В полетата "бременна" и "кърмачка", означени с ☐, се прави избор със знак "X".
3. **Данни по предписанието:**
 - 3.1. **Дата на издаване** – датата на издаване на рецептата. **Датата на издаване на рецептата и датата на издаване на амбулаторния лист, в който са отразени данните от нея, трябва да съвпадат.**
 - 3.2. **№ на рецептурна книжка** – записва се № на **валидната** рецептурна книжка на пациента, в случаите на хронично заболяване.
 - 3.3. **Код на лекарствен продукт** – от списъците с лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.
 - 3.4. **Генерично заместване** – изборът се маркира с „X”.
 - **при избор "да"** – не се попълва "код на лекарствен продукт", а в полето Rp. Се изписва международното непатентно наименование от лекарствения списък на НЗОК, формата и количеството на лекарствения продукт; еднократна доза на прием; схема на приемане; продължителност на лечението.
 - **при избор "не"** – се попълва "код на лекарствен продукт", а в полето Rp. Се изписва търговското наименование, формата и количеството на лекарствения продукт, медицинското изделие или диетична храна; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.
 - 3.5. **МКБ** – изписва се кодът на заболяването, посочен в списъците с лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.
4. **Протокол №** – изписва се номерът на Протокола, въз основа на който се издава рецептата. Ден, месец, година на заверка в РЗОК, които се считат за дата на издаване на протокола.
5. **№ на амбулаторен лист** – изписва се № на амбулаторния лист
6. **Рецепта №** - пореден № на рецептата. Номерацията на издадените рецептурни бланки (за комбинацията РЦЗ, УИН и специалност) за всяка календарна година започва от № 1.
7. **Задължително се поставят подпис и личен печат** върху двата екземпляра, постъпващи в аптеката.

Данни, попълвани от аптеката

8. **Рецепта №** - генериран от софтуера на аптеката. Поредността на номерацията за всяка календарна година започва от № 1.
9. **Изпълнила аптека №** - регистрационният номер на аптеката
10. **ЕГН /ЛНЧ** или идентификационен номер на чужденеца и **код** на държавата на получателя.
11. **Дата на изпълнение** на рецептата.
12. **Изпълняващият рецептата се подписва и поставя печат на аптеката** и я предоставя за **подпис на приносителя.**

Рецептата не се изпълнява в случай, че:

13. не съдържа всички данни по точки 1 до 7;
14. срокът на валидност е изтекъл;
15. има несъответствие между предписания брой опаковки и определената доза на прием и другите общи изисквания по предписване на лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели;
16. предписаният лекарствен продукт, медицинско изделие или диетична храна не са включени в списъците на НЗОК
17. не се изписва по реда на чл. 56, ал. 2 от ЗЗО;
18. не се представи заверена от РЗОК "Рецептурна книжка на хронично болния", документ за самоличност, оригинален протокол и копие от него;
19. съдържа несъответстващи НЗОК-кодове; превишени дози, срещу които няма подпис на лекаря; заличени и/или задраскани данни; несъответстващи МКБ-кодове и други несъответствия съгласно изискванията по предписанията, определени в НРД.

Образецът може да се разпечатва от лекар/лекаря по дентална медицина или да се печата в печатница на бял лист А4 (формат портрет) в 2 екземпляра или на А4 (Landscape), като в този случай двата екземпляра се отделят с разделителна линия.

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК

рецепта № изпълнила аптека № Лекар/лекар по
дентална медицина

код специалност

име

фамилия

телефон

регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

 ден	 месец	 година	 № на рецептурна книжка	единична цена	сума за изплащане	
					от пациента	от РЗОК
код на лекарствен продукт	Rp. МКБ					
генерично заместване						
☐ да ☐ не						
код на лекарствен продукт	Rp. МКБ					
генерично заместване						
☐ да ☐ не						
код на лекарствен продукт	Rp. МКБ					
генерично заместване						
☐ да ☐ не						
Амбулаторен лист №				Рецепта №		
Лекар/лекар по дентална медицина				Всичко :		

подпис и личен печат

пациент:

военноинвалид / военнопострадал

РЗОК

ЕГН /ЛНЧ на пациента

възраст

име

фамилия

удостоверение на
военноинвалид / военнопострадал

дата

решение ТЕЛК №

дата

адрес:

град/село

улица

номер блок

вход

етаж

ап.

идентификационен номер на получателя

Код на държава

ЕГН /ЛНЧ на получателя

отпуснал:

магистър-фармацевт

подпис

ден

месец

година

печат на
аптеката

получил:

подпис

УКАЗАНИЯ ЗА РАБОТА С "РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА-НЗОК" – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „ МЗ-НЗОК № 5Б”

"Рецептурна бланка – бл.МЗ-НЗОК №5Б" е документ за предписване и отпускане на частично платени от НЗОК лекарствени продукти за военноинвалидите и военнопострадалите, в количества до 30 дни. Попълва се в два екземпляра от изпълнителя на медицинска или дентална помощ.

И двата екземпляра се предават на пациента.

В случай, че лекарят или лекарят по дентална медицина е предписал доза по-висока от максимално определената при разрешаване на лекарствения продукт и се е подписал срещу нея, фармацевтът изпълнява съответното предписание.

В случай на явни несъответствия в предписанията, фармацевтът е задължен да се свърже с лекаря или лекаря по дентална медицина, издал рецептата.

Документът се попълва ясно и четливо.

Данни, попълвани от лекар или лекар по дентална медицина, издал рецептата

1. **Лични данни на лекар/лекар по дентална медицина** – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН/ЛПК, име и фамилия, телефон, подпис, печат.
2. **Данни за пациента** – Име, презиме, фамилия, възраст, номер на удостоверение за военноинвалид/военнопострадал, валидно към датата на предписване, дата до която е валидно удостоверението, % на трайна неработоспособност, No. решение на ТЕЛК и дата на решението, адрес, № РЗОК (където е активния избор на ОПЛ), ЕГН(ЛНЧ) - за граждани, осигурени в РБългария;
3. **Данни по предписанието:**
 - 3.1. **Дата на издаване** – датата на издаване на рецептата. **Датата на издаване на рецептата и датата на издаване на амбулаторния лист, в който са отразени данните от нея, трябва да съвпадат.**
 - 3.2. **№ на рецептурна книжка** – записва се № на валидната рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал.
 - 3.3. **Код на лекарствен продукт** – от списъците с лекарства за военноинвалидите и военнопострадалите, заплащани от НЗОК.
 - 3.4. **Генерично заместване** – изборът се маркира с „X”.
 - **при избор “да”** – не се попълва “код на лекарствен продукт”, а в полето Rp. се изписва международното непатентно наименование от лекарствения списък за военноинвалидите и военнопострадалите на НЗОК, формата и количеството на лекарствения продукт; еднократна доза на прием; схема на приемане; продължителност на лечението.
 - **при избор “не”** – се попълва “код на лекарствен продукт”, а в полето Rp. се изписва търговското наименование, формата и количеството на лекарствения продукт от списъка за военноинвалидите и военнопострадалите; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.
 - 3.5. **МКБ** – изписва се кодът на заболяването, посочен в списъците с лекарства, заплащани от НЗОК.
4. **№ на амбулаторен лист** – изписва се № на амбулаторния лист.
5. **Рецепта №** - пореден № на рецептата. Номерацията на издадените рецептурни бланки (за комбинацията РЦЗ, УИН и специалност) за всяка календарна година започва от № 1.
6. Задължително се поставят **подпис и личен печат** върху двата екземпляра, постъпващи в аптеката.

Данни, попълвани от аптеката

7. **Рецепта №** - генериран от софтуера на аптеката. Поредността на номерацията за всяка календарна година започва от № 1.
8. **Изпълнила аптека №** - регистрационният номер на аптеката.
9. **ЕГН /ЛНЧ** или идентификационен номер на чужденеца и **код** на държавата на получателя.
10. **Дата на изпълнение** на рецептата.
11. Изпълняващият рецептата **се подписва и поставя печат на аптеката** и я предоставя за **подпис на приносителя.**

Рецептата не се изпълнява в случай, че:

12. не съдържа всички данни по точки 1 до 6;
13. срокът на валидност е изтекъл;
14. има несъответствие между предписания брой опаковки и определената доза на прием и другите общи изисквания по предписване на лекарствени продукти;
15. предписаният лекарствен продукт, не е включен в списъка на НЗОК за военноинвалиди и военнопострадали;
16. не се представи издадена от МО "Рецептурна книжка за военноинвалид/военнопострадал", документ за самоличност, удостоверение на военноинвалид/военнопострадал, валидно към датата на отпускане;
17. съдържа несъответстващи НЗОК-кодове; превишени дози, срещу които няма подпис на лекаря; заличени и/или задраскани данни и други несъответствия съгласно изискванията по предписанията, определени в указанията.

Образецът може да се разпечатва от лекаря/лекаря по дентална медицина или да се печата в печатница на бял лист А4 (формат портрет) в 2 екземпляра или на А4 (Landscape), като в този случай двата екземпляра се отделят с разделителна линия.

Рецептурната книжка се издава от Министерство на отбраната, едновременно с издаването на книжка за военноинвалиди или военнопострадали.

Изгубена, унищожена или приключена рецептурна книжка се заменя с нова, след подаване на молба от военноинвалида или военнопострадалия до министъра на отбраната



Право да предписват разрешение за употреба в страната лекарствени продукти по реда на Наредбата за реда за получаване на заплащане на лекарствени продукти на военноинвалиди и военнопострадали имат всички лекари и лекари по дентална медицина, сключили договор с НЗОК за оказване на извънболнична и дентална помощ.

За да се получат предписаните лекарствени продукти се представя рецептурна книжка, рецепта, документ за самоличност и книжка за военноинвалид и военнопострадал.

Министерство на отбраната моли в случай на намиране на рецептурна книжка за военноинвалиди или военнопострадали да се направи необходимото същата да се върне на заинтересованото лице, защото е от значение за неговото здраве.

МИНИСТЕРСТВО НА ОТБРАНАТА
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА

ЗА ВОЕННОИНВАЛИД/ВОЕННОПОСТРАДАЛ



№ _____

МИНИСТЕРСТВО НА ОТБРАНАТА НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА

ЗА ВОЕННОИНВАЛИД/ВОЕННОПОСТРАДАЛ

№ 1

/име/	/презиме/										
ЕГН <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
/фамилия по лична карта/											
Адрес:											
/град, село/	/улица/										
/жилищен комплекс	бл. вх. етаж апартамент/										
/№ на книжката за военноинвалид/военнопострадал, дата, месец и година на издаване/											
/Телефон и GSM/											

Министър на отбраната:

Дата на издаване

/подпис и печат/

№

№ 1



[illegible]

ТАЛОН ЗА МЕ No. амбулаторен лист No.

Пациент

ЕГН (ЛНЧ) на пациента РЗОК No. здравен район

☐ ЛНЧ

Идентификационен номер
дата на раждане

код държава

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.)..... ул..... No.....

Ж.к..... бл..... вх..... ет..... ап.....

лекар /лекар по
дентална медицина

регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

УИН на заместващият лекар

име и фамилия на лекаря/лекаря по дентална медицина

☐ подготовка за ЛКК

Основна диагноза МКБ

☐ ЛКК

придружаващи заболявания МКБ:

☐ по искане на ЛКК

Към:

☐ подготовка за ТЕЛК/НЕЛК

(кодове специалисти)

Дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат

талон за МЕ No. дата:

регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист No. дата: МКБ

дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат

талон за МЕ No. дата:

регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист No. дата: МКБ

дата: лекар/ лекар по дентална медицина

подпис и личен печат

талон за МЕ No. дата:

регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист No. дата: МКБ

дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат

талон за МЕ No. дата:

регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/ ЛПК на лекаря по дентална медицина код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист No. дата: МКБ

дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат

талон за МЕ No. дата:

регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/ ЛПК на лекаря по дентална медицина код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист No. дата: МКБ

дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат

Бл. МЗ-НЗОК No. 6

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ТАЛОН ЗА МЕ

“Талон за МЕ” – бл. МЗ-НЗОК № 6 се издава в един екземпляр от лекари и лекари по дентална медицина, работещи в ЛЗ за извънболничната медицинска или дентална помощ. Използва се в случаите, когато ЗЗОЛ се насочва за преглед по повод извършване на експертиза на работоспособността към лекар/лекар по дентална медицина в извънболничната помощ.

Документът се попълва ясно и четливо с печатни букви, със син или черен химикал.

Документът задължително се подпечатва с личния печат на изпращащия лекар/лекар по дентална медицина.

Съдържание на обща част от “Талон за МЕ”

1. **Талон за МЕ №:** пореден номер на талона. Номерацията е последователна в рамките на календарна година, “дясно подравнен”.

2. **Амбулаторен лист №** – вписва се номерът и датата на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал талона за ЛКК.

3. **Данни за пациента:**

3.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Република България, който нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с “Х” ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.

3.2. **РЗОК No., здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравният район на избрания общопрактикуващ лекар, съгласно здравната карта на Република България.

3.3. **Идентификационен номер на чужденеца** – вписва се персонален идентификационен номер на чужденеца.

3.4. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата.

3.5. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.

4. **Данни за изпращащия лекар/лекар по дентална медицина:**

4.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът, издаден от регионален център по здравеопазване на титуляра на ЛЗ.

При издаване на талон по искане на ЛКК, председателят издава талона, като попълва регистрационния номер на лечебното заведение, където е разкрита ЛКК и вписва собствения си ЕГН.

4.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря и ЛПК на лекаря по дентална медицина, издал “Талон за МЕ”.

4.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с “Х” заместник или нает персонал.

4.4. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекаря, издал “Талон за МЕ”.

4.5. **Вид на прегледа, за който се издава талона за МЕ** – “подготовка за ЛКК”, “от ЛКК”, “по искане на ЛКК”, “подготовка за ТЕЛК/НЕЛК” (освидетелстване или преосвидетелстване от ТЕЛК/НЕЛК) като се маркира с “Х”.

5. **Основна диагноза** – вписва се наименованието на заболяването и код по МКБ.

5.1. **Придружаващите заболявания** – вписват се кодове по МКБ на заболяванията.

6. **Насочва се към** – вписват се кодовете на специалистите, към които се насочва пациента за преглед, според приложената номенклатура на специалностите.

7. Вписва се датата на издаване на “Талона за ЛКК”. Лекарят, издал талона, поставя подписа си и подпечатва с личния си печат и с печата на ЛЗ (за нает персонал).

Съдържание на отрязък от “Талон за МЕ”:

Данни за лекар специалист/лекар по дентална медицина извършил преглед на база получен “Талон за МЕ”:

1. **№ на отрязъка от “Талон за МЕ” от датата на издаването му** – еднакъв с номера и датата на талона от общата част.

2. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът, издаден от районния център по здравеопазване.

3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина – специалист, извършил прегледа.

4. **Име и фамилия** – име и фамилия на лекаря/лекаря по дентална медицина – специалист.

5. **Код на специалността** – според приложената номенклатура на специалистите.

6. **Амбулаторен лист №** – номерът на амбулаторния лист, издаден за извършения преглед и датата на прегледа.

7. **МКБ** на основното заболяване.

8. Вписва се датата на извършване на прегледа и лекарят, извършил прегледа поставя подписа си и го подпечатва с личния си печат.

Движение на общата част от “Талон за МЕ”

1. **При преглед за подготовка за ЛКК:** общата част от “Талон за МЕ” се прилага към месечния отчет на лекаря специалист/ лекаря по дентална медицина, представен в РЗОК.

2. **ЛКК преглед:** общата част от “Талон за МЕ” остава в председателя на ЛКК, като заедно с първия екземпляр на амбулаторния лист, се прилага към месечния отчет на ЛКК.

3. **При преглед по искане на ЛКК:** общата част от “Талон за МЕ” се прилага към месечния отчет на лекаря специалист/лекаря по дентална медицина в РЗОК

4. **При преглед за подготовка за ТЕЛК/НЕЛК** (освидетелстване или преосвидетелстване от ТЕЛК/НЕЛК) общата част от “Талон за МЕ” се прилага заедно с месечния отчет на лекаря специалист/лекаря по дентална медицина в РЗОК.

Движение на отрязък от “Талон за МЕ”

1. **При преглед за подготовка за ЛКК:** Специалистът, извършил преглед на базата на “Талон за МЕ”, отчита отрязък от “Талон за МЕ” заедно с първия екземпляр на попълнен амбулаторен лист.

2. **ЛКК преглед:** Всеки лекар от ЛКК попълва отрязък от “Талон за МЕ”, които заедно с общата част от “Талона за ЛКК” и с първия екземпляр на амбулаторния лист, изготвен от председателя, се прилага към месечния отчет на ЛКК.

3. **При преглед по искане на ЛКК:** Специалистът, извършил преглед на базата на “Талон за МЕ”, отчита отрязък от “Талон за МЕ” заедно с първия екземпляр на попълнен амбулаторен лист.

4. **При преглед за подготовка за ТЕЛК/НЕЛК** (освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК) Специалистът, извършил преглед на базата на “Талон за МЕ”, отчита отрязък от “Талон за МЕ” заедно с първия екземпляр на попълнен амбулаторен лист.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΣΑ ΛΟΓΟΤΥΠΑΛΟΓΟΤΥΠΑ

[illegible]

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Първичният медицински документ "Направление за хоспитализация" е предназначен за насочване на задължително здравноосигурено лице към лечебно заведение за болнична помощ за планова или спешна хоспитализация.

Този документ се попълва за всеки преминал през стационара пациент, включително и за всяко новородено дете.

Регистрационните и медицинските данни в документа, необходими за насочване за хоспитализация, се попълват както следва:

- част I – от лекар/лекар по дентална медицина от извънболнична медицинска помощ; лечебно заведение за болнична помощ в условията на спешност; център за спешна медицинска помощ; друго лечебно заведение за медицинска или дентална помощ;
- части II, III и IV – от лечебното заведение за болнична помощ.

Документът се попълва в два екземпляра. Първият екземпляр се изпраща заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК, вторият остава на съхранение в лечебното заведение, изпълняващо болнична помощ.

Документът се попълва ясно и четливо с главни печатни букви, със син или черен химикал.

НЗОК следи от една страна издадените направления за хоспитализация (бл. МЗ-НЗОК №7) на ниво изпълнител, а от друга реализираните направления за хоспитализация (бл. МЗ-НЗОК №7) на ниво лечебно заведение, изпълнител на болнична помощ!

Част I. Данни, попълвани от лекар/лекар по дентална медицина, издал направлението за хоспитализация

Блок "Пациент" – вписват се регистрационните данни за болния от изпращащия лекар.

Този блок се попълва от приемащия лекар, като:

- № РЗОК и No. здравен район по местоживеее – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба на направлението);
- ЕГН(ЛНЧ) - за новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);
- пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";
- идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване;
- име, презиме, фамилия;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- телефон за контакти;
- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове (Приложение №....);
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;
- семейно положение - съгласно дадената легенда;
- гражданство - съгласно дадената легенда.

Блок "Насочен за хоспитализация" – данни за насочващия за хоспитализация. Изпращащият лекар попълва всички полета. Когато пациента се насочва от "Спешна помощ" се попълва само цифрата "4" в съответното поле, а другите остават празни.

Блок "Изпраща се за прием" – съдържа медицински данни за пациента:

- вид прием – отбелязва се с "х" се дали пациентът се изпраща за спешен или планов прием;
- номер на клинична пътека - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки или ако болничното лечебно заведение няма договор за съответната клинична пътека;
- насочваща диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за хоспитализация (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако пациента има такова;
- код по МКБ - вписването на кода започва от първото квадратче; (основен и допълнителен код, обозначен с " * " в МКБ 10, когато се изисква съобразно правилата за кодиране);
- дата на изпращане;
- изпращащият лекар задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение и на двата екземпляра

Част II. Данни, попълвани от лекар при първи преглед на болния в лечебното заведение, извършващо болнична помощ

Блок "Приемащо лечебно заведение, извършващо болнична помощ" – вид прием – отбелязва се с "х", дали пациентът се приема по спешност или планово;

- **"отказ на хоспитализация поради липса на индикации за хоспитализация"** – лекарят задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение и на двата екземпляра.
- име на лечебното заведение за болнична помощ, което приема пациента;
- номер на клинична пътека - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки или ако болничното лечебно заведение няма договор за съответната клинична пътека;
- РЗОК No, здравен район по местонахождение на лечебното заведение – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба), договорни отношения с НЗОК - отбелязва се с "х" дали приемащото лечебно заведение има сключен договор с НЗОК, регистрационен номер на лечебното заведение, код от МЗ – задължителен за всички лечебни заведения;
- "Приемаш лекар" - име и фамилия на приемащия за хоспитализация лекар. Ако пациентът постъпва планово, това са данните на лекаря от диагностично - консултативен блок (ДКБ). Когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ, се вписват данните на дежурния лекар.
- приемна диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за хоспитализация на пациента (изписва се на български език) , на втория ред се изписва придружаващо заболяване ако има такова;
- кодове на диагнозата - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с " * " в МКБ 10;
- дата на първи преглед в болницата – попълва се задължително от приемащия лекар:
 - лекарят от ДКБ - когато пациентът постъпва планово;
 - дежурният лекар - когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ;
- дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планов;
- Приемащият лекар задължително се подписва на документа.

Част III. Данни, попълвани при постъпване на пациент в стационара

Блок "Постъпил в стационара пациент"

Попълват се всички полета.

- степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, сам да се мие, да се храни, да отива на изследване и манипулации, да включва лампата, радиото, звънеца за повикване и да отива до тоалетната.

II СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да се мие на умивалника или в леглото, да яде и пие. Може да отива на изследвания и манипулации само с придружител. Сам обслужва звънеца за повикване, лампата и радиото и сам търси помощ за ползване на тоалетната.

III СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъснато от помощ при обличане и събличане, при извършване на тоалета и при хранене. Изследванията и манипулациите се извършват само в лежачо положение.

IV СТЕПЕН

В това състояние пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ДЕЦА ОТ 1 ДО 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Деца от една до три годишна възраст без отклонения в общото развитие. Включва къпане, хранене до 4 пъти в денонощие, преповиване до 3 пъти в денонощие или поставяне на гърне/водене до тоалетна, поставяне в легло и приспиване, раздвижване - пасивно и активно. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до два пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 6 пъти в денонощие, преповиване до 6 пъти в денонощие или присъствие при изхождане по нужда, раздвижване или приспиване по обичаен начин. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 4-6 пъти в денонощие. Поддържане на инфузионно лечение до два пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко нарушено състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването/висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кръвене и при промяна на положението в леглото, пасивното и активно раздвижване поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

В това състояние детето е напълно зависимо, транспортабилно при специални изисквания, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

Поради много тежко нарушено състояние към грижите за трета степен могат да се добавят продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

Новородени и кърмачета без отклонения от нормата. Включва къпане, хранене до 5 пъти в денонощие, преповиване до 5 пъти в денонощие, обръщане в леглото до 5 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 3 пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 8 пъти в денонощие, преповиване до 8 пъти в денонощие, обръщане в леглото 8-10 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 6 пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването, висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кръвене и при промяна на положението в леглото поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

Към грижите за трета степен поради много тежко състояние се добавят: отглеждане в кувьоз на недоносени под 2500 грама, необходимост от продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

- дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата. При новородено полетата "Дата на приемане" и "Час на приемане" съвпадат с раждането.
- ИЗ – задължително при приемане на пациент в болницата се дава и вписва в "Направление за хоспитализация" номер на история на заболяването; номер на ИЗ се дава и на всяко новородено дете;
- изминало време в часове от началото на заболяването до постъпването в болнично лечебно заведение – отбелязва се с "X" в съответното квадратче само при спешните случаи на хоспитализация.
- съгласие с източника на финансиране – отбелязва се кой финансира лечението – бюджет, НЗОК, доброволен ЗОФ или пациентът. Пациентът удостоверява съгласие с източника на финансиране с подписа си;
- информираност на пациента за промяна на терапевтичния план - попълва само при промяна в терапевтичния алгоритъм в хода на хоспитализацията на пациента, (когато пациента се приема по дадена КП, но състоянието му се променя по време на престоя и лечението и изписването е по друга КП);

Част IV. Данни, попълвани при изписване на преминал през стационара пациент

Блок “Преминал през стационара пациент” — данните в този блок се вписват при изписване на преминалия през стационара пациент:

- дата и час на изписване/превеждане — задължително се вписва датата на изписване от болницата или на превеждане в друга болница; като час на изписване/превеждане задължително се вписват час и минути;
- клинична пътека № — вписва се номерът на пътеката, по която е лекуван пациентът; не се попълва в следните случаи:
 - пациентът е приет за заболяване извън клиничните пътеки;
 - болницата не е сключила договор за съответната пътека;
- деца под една година — попълва се възрастта в дни на децата при постъпването им в болницата и теглото им в грама при прием; попълват се всички квадратчета; ако възрастта е двуцифрено число, отпред се слага “0”, например за 86 дни се вписва 086; при новородени се оставя празно;
- за новородено — попълват се теглото в грамове на детето при раждането му; задължително се вписва и номерът на история на заболяване на майката;

Полетата “Децата под една година”, “За новородено” и “ИЗ на майката” не се попълват при пациенти над една година.

- основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в болницата за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кода по МКБ, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10.
- придружаващи заболявания и усложнения — на трите реда се вписват съответните състояния съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10;
- диагностична/терапевтична или оперативна процедура— код по МКБ 9 КМ;
- хистологичен резултат — описва се с думи хистологичния резултат, а с код по МКБ 9КМ от рубрики 90 и 91 се отразяват начина на изследване;
- статус — задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан — отбелязва се с “1”. Ако изписването е по повод отказ от лечение от страна на пациента, отказът се отбелязва с “X” в квадратчето “отказ от лечение” и се вписва обосновката за отказа;
 - преведен - отбелязва се с “2”. В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
 - починал - отбелязва се с “3”; в полето “Причина за смъртта/клинична” се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията. Ако трупът е освободен от аутопсия, в съответното квадратче се нанася “X”.
- пролежани леглодни - попълват се всички квадратчета; ако броят дни е едноцифрено или двуцифрено число, отпред се добавят “0”, например за 9 дни се вписва 009;
- болничен лист № и брой дни — въвежда се номерът на болничния лист, издаден на пациента при изписването му (ако има издаден такъв); вписва се броят на дните, за които се издава болничен лист; ако броят дни е едноцифрено или двуцифрено число, отпред се добавят “0”;
- квадратчето “освободен от аутопсия” се попълва ако починалия пациент е освободен от аутопсия с знака “X”.
- квадратчето “състояние при изписване” се попълва съобразно легендата;

Блок “Валидиране на документа”

- директорът на лечебното заведение за болнична помощ задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение
- завеждащият отделение и лекарят специалист, оказващ медицинска помощ по договор с НЗОК за съответната клинична пътека, посочен в РЗОК, задължително написват фамилията си и се подписват на документа с което удостоверяват, че посочените в болничния отчет процедури са изпълнени.

Кодове на здравните райони по области

01. Област Благоевград: 01 Банско, 02 Белица, 03 Благоевград, 04 Гоце Делчев, 05 Гърмен, 06 Кресна, 07 Петрич, 08 Разлог, 09 Сандански, 10 Сатовча, 11 Симитли, 12 Струмяни, 13 Хаджидимово, 14 Якоруда.

02. Област Бургас: 01 Айтос, 02 Бургас, 03 Камено, 04 Карнобат, 05 Малко Търново, 06 Несебър, 07 Поморие, 08 Приморско, 09 Руен, 10 Созопол, 11 Средец, 12 Сунгурларе, 13 Царево.

03. Област Варна: 01 Аврен, 02 Аксаково, 03 Белослав, 04 Бяла, 05 Варна, 06 Ветрино, 07 Вълчи дол, 08 Девня, 09 Долни чифлик, 10 Дългопол, 11 Провадия, 12 Суворово.

04. Област Велико Търново: 01 Велико Търново, 02 Горна Оряховица, 03 Елена, 04 Златарица, 05 Лясковец, 06 Павликени, 07 Полски Тръмбеш, 08 Свищов, 09 Стражица, 10 Сухиндол.

05. Област Видин: 01 Белоградчик, 02 Бойница, 03 Брегово, 04 Видин, 05 Грамада, 06 Димово, 07 Кула, 08 Макреш, 09 Ново село, 10 Ружинци, 11 Чупрене.

06. Област Враца: 01 Борован, 02 Бяла Слатина, 03 Враца, 05 Козлодуй, 06 Криводол, 07 Мездра, 08 Мизия, 09 Оряхово, 10 Роман, 11 Хайредин.

07. Област Габрово: 01 Габрово, 02 Дряново, 03 Севлиево, 04 Трявна.

08. Област Добрич: 01 Балчик, 02 Генерал Тошево, 03 Добрич, 04 Добрич -селска, 05 Каварна, 06 Крушари, 07 Тервел, 08 Шабла.

09. Област Кърджали: 01 Ардино, 02 Джебел, 03 Кирково, 04 Крумовград, 05 Кърджали, 06 Момчилград, 07 Черноочене.

10. Област Кюстендил: 01 Бобовдол, 02 Бобошево, 03 Дупница, 04 Кочериново, 05 Кюстендил, 06 Невестино, 07 Рила, 08 Сапарева баня, 09 Трекляно.

11. Област Ловеч: 01 Априлци, 02 Летница, 03 Ловеч, 04 Луковит, 05 Тетевен, 06 Троян, 07 Угърчин, 08 Ябланица.

12. Област Монтана: 01 Берковица, 02 Бойчиновци, 03 Брусарци, 04 Вълчедръм, 05 Вършец, 06 Георги Дамяново, 07 Лом, 08 Медковец, 09 Монтана, 10 Чипровци, 11 Якимово.

13. Област Пазарджик: 01 Батак, 02 Белово, 03 Брацигово, 04 Велинград, 05 Лесичово, 06 Пазарджик, 07 Панагюрище, 08 Пещера, 09 Ракиново, 10 Септември, 11 Стрелча.

14. Област Перник: 01 Брезник, 02 Земен, 03 Ковачевци, 04 Перник, 05 Радомир, 06 Трън.

15. Област Плевен: 01 Белене, 02 Гулянци, 03 Долна Митрополия, 04 Долни Дъбник, 05 Искър, 06 Левски, 07 Никопол, 08 Плевен, 09 Пордим, 10 Червен бряг, 11 Кнежа.

16. Област Пловдив: 01 Асеновград, 02 Брезово, 03 Калояново, 04 Карлово, 05 Кричим, 06 Лъки, 07 Марица, 08 Перушица, 09 Пловдив, 10 Първомай, 11 Раковски, 12 Родопи, 13 Садово, 14 Стамболийски, 15 Съединение, 16 Хисаря, 17 Куклен, 18 Сопот

17. Област Разград: 01 Завет, 02 Исперих, 03 Кубрат, 04 Лозница, 05 Разград, 06 Самуил, 07 Цар Калоян.

18. Област Русе: 01 Борово, 02 Бяла, 03 Вятково, 04 Две могили, 05 Иваново, 06 Русе, 07 Сливо поле, 08 Ценово.

19. Област Силистра: 01 Алфатар, 02 Главница, 03 Дулово, 04 Кайнарджа, 05 Силистра, 06 Ситово, 07 Тутракан.

20. Област Сливен: 01 Котел, 02 Нова Загора, 03 Сливен, 04 Твърдица.

21. Област Смолян: 01 Баните, 02 Борино, 03 Девин, 04 Доспат, 05 Златоград, 06 Мадан, 07 Неделино, 08 Рудозем, 09 Смолян, 10 Чепеларе.

22. Област София: 01 София

23. Софийска област: 01 Антон, 02 Божурище, 03 Ботевград, 04 Годеч, 05 Горна Малина, 06 Долна баня, 07 Драгоман, 08 Елин Пелин, 09 Етрополе, 10 Златица, 11 Ихтиман, 12 Копревщица, 13 Костенец, 14 Костинброд, 15 Мирково, 16 Пирдоп, 17 Правец, 18 Самоков, 19 Своге, 20 Сливница, 21 Чавдар, 22 Челопеч.

24. Област Стара Загора: 01 Братя Даскалови, 02 Гурково, 03 Гълъбово, 04 Казанлък, 05 Мъглиж, 06 Николаево, 07 Опан, 08 Павел баня, 09 Раднево, 10 Стара Загора, 11 Чирпан.

25. Област Търговище: 01 Антоново, 02 Омуртаг, 03 Опака, 04 Попово, 05 Търговище.

26. Област Хасково: 01 Димитровград, 02 Ивайловград, 03 Любимец, 04 Маджарово, 05 Минерални бани, 06 Свиленград, 07 Симеоновград, 08 Стамболово, 09 Тополовград, 10 Харманли, 11 Хасково.

27. Област Шумен: 01 Велики Преслав, 02 Венец, 03 Върбица, 04 Каолиново, 05 Каспичан, 06 Никола Козлево, 07 Нови пазар, 08 Смядово, 09 Хитрино, 10 Шумен.

28. Област Ямбол: 01 Болярово, 02 Елхово, 03 Стралджа, 04 Тунджа, 05 Ямбол

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

ПРИТУРКА

КЪМ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КНИЖКА ЗА ИЗВЪРШЕНИ ДЕНТАЛНИ ДЕЙНОСТИ НА ЗДРАВНООСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Притурка към здравноосигурителна книжка №

Важи за три календарни години от годината на издаване

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

РЗОК No.

здравен район

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.)

Ул. No.

Ж.к. бл. вх. ет. ап.

Заверена от РЗОК No. на дата:

ден

месец

година

Длъжностно лице:

подпис и печат на РЗОК

ОБЕМ ДЕЙНОСТИ ЗА 2013 ГОДИНА

Регистрационен No. на лечебното заведение

Дата:

ден

месец

година

Личен професионален код на лекаря по дентална медицина

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Код на зъб

Код дейност

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

ОБЕМ ДЕЙНОСТИ ЗА 2012 ГОДИНА

Регистрационен No. на лечебното заведение

Дата:

ден

месец

година

Личен професионален код на лекаря по дентална медицина

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Код на зъб

Код дейност

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

ОБЕМ ДЕЙНОСТИ ЗА 2014 ГОДИНА

Регистрационен No. на лечебното заведение

Дата:

ден

месец

година

Личен професионален код на лекаря по дентална медицина

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Код на зъб

Код дейност

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Дата:

ден

месец

година

Лекар по дентална медицина:

подпис и печат

Здравноосигурените лица до 18 години имат право на дентален преглед и четири лечебни дейности
Здравноосигурените лица над 18 години имат право на дентален преглед и две лечебни дейности

