
ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

**ПРИТУРКА КЪМ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА
КНИЖКА И ДЕКЛАРАЦИИ**

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

ПРИТУРКА

КЪМ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КНИЖКА ЗА ИЗВЪРШЕНИ ДЕНТАЛНИ ДЕЙНОСТИ НА ЗДРАВНООСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Притурка към здравноосигурителна книжка № [] Важи за седем календарни години от годината на издаване

EGH (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 []

ИЗВЪРШЕНИ ДЕНТАЛНИ ДЕЙНОСТИ

Grid of dental procedure entries with fields for registration number, date, dentist, procedure code, and patient signature.

Grid of dental procedure entries with fields for registration number, date, dentist, procedure code, and dentist signature.

ДЕКЛАРАЦИЯ по чл.86, ал.4 от НРД за денталните дейности за 2020-22 г.

ОТ.....
(име, презиме, фамилия)

с ЕГН/ЛНЧ/ССН:

в качеството на: здравноосигурено лице; родител на малолетно/непълнолетно лице;
настойник, попечител
(подчертава се съответното качество)

на
(име на малолетното/непълнолетно лице; лицето под настойничество/попечителство)

с ЕГН/ЛНЧ/ССН:

Декларирам, че здравноосигурителните ми права не са прекъснати и разполагам само с една здравноосигурителна книжка с №
(попълва се от здравноосигурено лице)

Декларирам, че лицето е с непрекъснати здравноосигурителните права и разполага само с една здравноосигурителна книжка с №
(попълва се от родител на малолетното/непълнолетно лице; настойник; попечител)

За предоставяне на невалидна здравноосигурителна книжка и представяне на неверни данни ЗОЛ носи отговорност съгласно законодателството на Р България.

Подпис на здравноосигурено лице:

Подпис:

(родител на малолетно / непълнолетно лице; настойник; попечител)

Дата:

гр.

Настоящата декларацията се изготвя в 2 екземпляра – един за лекаря по дентална медицина и един за здравноосигуреното лице.

ДЕКЛАРАЦИЯ по чл.86, ал.5 от НРД за денталните дейности за 2020-22г.

от.....
(име, презиме, фамилия)

с ЕГН/ЛНЧ/ССН:

в качеството на: здравноосигурено лице; родител на малолетно/непълнолетно лице;
настойник, попечител
(подчертава се съответното качество)

адрес:.....

телефон:.....

на
(име на малолетното/непълнолетно лице; лицето под настойничество/попечителство)

с ЕГН/ЛНЧ/ССН:

адрес:.....

телефон:.....

Декларирам, че на дата ми е поставена от д-р
горна и/или долна цяла плакова зъбна протеза.
(попълва се от здравноосигурено лице, вярното се подчертава)

Декларирам, че на лицето е
поставена от д-ргорна и/или долна цяла плакова зъбна
протеза на дата
(попълва се от родител на малолетно / непълнолетно лице , настойник; попечител, вярното се подчертава)

Информиран съм, че цената на денталната услуга не включва материала за протезата
и медико-техническата дейност за изработката ѝ.

За представяне на неверни данни ЗОЛ носи отговорност съгласно законодателството
на Р България.

Подпис на здравноосигурено лице:

Подпис:

(родител на малолетно / непълнолетно лице , настойник; попечител)

Дата:

гр.

Настоящата декларацията се изготвя в 2 екземпляра – един за лекаря по дентална медицина и един за здравноосигуреното лице.

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

**Членове на Надзорния съвет на НЗОК:
д-р Бойко Пенков**

Галя Димитрова

Росица Велкова

д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Григор Димитров

Оля Василева

Андрей Дамянов

**Управител на НЗОК:
Д-р Дечо Дечев**

За Българския зъболекарски съюз:

**Председател на УС на БЗС:
д-р Николай Шарков**

**Зам. - председател на УС на БЗС и
председател на КРД на БЗС:
д-р Георги Димов**

**Членове на УС на БЗС:
д-р Борислав Миланов**

д-р Светослав Гачев

д-р Донка Станчева - Забуртова

д-р Валентин Павлов

д-р Тодор Кукуванов

д-р Бисер Ботев

д-р Трифон Антонов

**Съгласувал:
Министър на здравеопазването
Кирил Ананиев**