
ПРИЛОЖЕНИЕ № 12

ФИНАНСОВИ ОТЧЕТНИ ДОКУМЕНТИ

- 1. СПЕЦИФИКАЦИИ**
- 2. ОТЧЕТИ**

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение индивидуална практика групова практика

Име Представляващ лечебното заведение ЕГН

№.	Видове плащания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Общ брой регистрирани лица			
II.	Лица, обхванати в общи програми			
1	Деца от 0 до 1 година			
2	Деца от 1 до 18 години			
3	Бременни и родилки (до 45 дни след раждане)			
4	Лица над 65 години			
	Общо по II			
III.	Болни, обхванати в специализирани програми			
IV.	Неблагоприятни условия			
V.	Прегледи на здравноосигурени лица от други здравни райони (пребиваващи под 1 месец)			
	Всичко (I+II+III+IV+V):			

Спецификацията съдържа като неразделна част:

1. _____ броя отчети за извършена медицинска дейност от лекар, участник в груповата практика за първична извънболнична медицинска помощ.

2. _____ броя "Месечен отчет на общопрактикуващия лекар за дейността му по програми за управление на здравни приоритети и заболявания, за които се издава рецептурна книжка на хронично болния".

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

ОТЧЕТ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕКАР В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

(ПОПЪЛВА СЕ САМО ОТ ЛЕКАРИ В ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ)

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име ЕГН

No.	Видове плащания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Общ брой регистрирани лица			
II.	Лица, обхванати в общи програми			
1	Деца от 0 до 1 година			
2	Деца от 1 до 18 години			
3	Бременни и родилки (до 45 дни след раждане)			
4	Лица над 65 години			
	<i>Общо по II</i>			
III.	Болни, обхванати в специализирани програми			
IV.	Неблагоприятни условия			
V.	Прегледи на здравноосигурени лица от други здравни райони (пребиваващи под 1 месец)			
	<i>Всичко (I+II+III+IV+V):</i>			

Проверили:

Дата: подпис

Дата: подпис

Дата:

Подпис: печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к. бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

МЕСЕЧЕН ОТЧЕТ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР ЗА ДЕЙНОСТТА МУ ПО ПРОГРАМИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ И ЗАБОЛЯВАНИЯ, ЗА КОИТО СЕ ИЗДАВА РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА НА ХРОНИЧНО БОЛНИЯ

Програми	Брой регистрирани болни		Брой прегледи по програми	Изпълнение на програмата	
	Общо по програмата	В т.ч. новооткрити		Брой консултации със специалист	Брой медико-диагностични изследвания
Общи програми					
Детско здравеопазване					
- деца от 0 до 1 г.					
- деца от 1 до 18 г.					
Бременни и родилки					
Лица на 65г.					
Специализирани програми					
Сърдечно-съдови заболявания					
Онкологични заболявания					
Белодробни заболявания					
Ендокринни заболявания					
Психични заболявания					
Други групи заболявания, по които ЗОЛ се определят като хронично болнии се издава рецептурна книжка на хроничноболния.					
1.Туберкулоза след 6 м от откриване - МКБ 010-017					
2.Захарна болест (инсулино-независима) – МКБ 250.0					
3.Захарна болест (инсулино-зависима) – МКБ 251.1					
4.Витамин Д резистентен рахит - МКБ 275.3					
5.Шизофренни разстройства - МКБ 295					
6.Болест на Паркинсон - МКБ 332.1					
7.Генерализирана епилепсия без гърчове – МКБ 345.0					
8.Генерализирана епилепсия с гърчове – МКБ 345.1					
9.Хронична дихателна недостатъчност II–III степен – МКБ 518.81					

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение индивидуална практика групова практика
 медицински център диагностично-консултативен център

Име Представляващ лечебното заведение ЕГН

Специалност (за индивидуална практика)

No.	Видове плащания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Първични посещения, отчетени с "Медицинско направление"			
1.	За консултация или съвместно лечение			
2.	За работа по програми за здравни приоритети.			
	<i>Общо по I</i>			
II.	Вторични посещения			
1.	Към първични за консултация или съвместно лечение			
2.	За работа по програми за здравни приоритети.			
	<i>Общо по II</i>			
III.	Брой проведени физиотерапевтични курсове, отчетени с "Медицинско направление"			
	- брой проведени процедури			
IV.	Експертна дейност, отчетена с отрязък от "Талон за ЛКК"			
V.	Високоспециализирани медицински дейности			
	<i>Всичко (I+II+III+IV+V):</i>			

Спецификацията съдържа като неразделна част:

1. _____ броя отчети за извършена медицинска дейност от лекар, участник в групова практика за извънболнична специализирана медицинска помощ, медицински център, диагностично-консултативен център.
2. _____ броя отчети за извършени високоспециализирани медицински дейности от лекар в лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ (когато са договорени).

Проверили:

Дата:

подпис

Дата:

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

ОТЧЕТ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕКАР В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

(ПОПЪЛВА СЕ САМО ОТ ЛЕКАРИ В ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР, ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР)

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име ЕГН

Специалност

No.	Видове плащания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Първични посещения, отчетени с "Медицинско направление"			
1.	За консултация или съвместно лечение			
2.	За работа по програми за здравни приоритети.			
	<i>Общо по I</i>			
II.	Вторични посещения			
1.	Към първични за консултация или съвместно лечение			
2.	За работа по програми за здравни приоритети.			
	<i>Общо по II</i>			
III.	Брой проведени физиотерапевтични курсове, отчетени с "Медицинско направление"			
	- брой проведени процедури			
IV.	Експертна дейност, отчетена с отрязък от "Талон за ЛКК"			
	Всичко (I+II+III+IV):			

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер
на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

ОТЧЕТ

ЗА ИЗВЪРШЕНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ ОТ ЛЕКАР В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име ЕГН

Специалност

No.	Вид високоспециализирана медицинска дейност	Брой	Ед. цена	Сума
1.	Назален провокационен тест с алергени			
2.	Бронхопровокационен тест с медиатори (включително спирометрия)			
3.	Езофагогастродуоденоскопия-ФГС +/- биопсия , полипектомия			
4.	Колonosкопия-ФКС +/- биопсия, полипектомия			
5.	Фибросигмоидоскопия +/- ендоскопска ексцизия, полипектомия			
6.	Диагностичен ултразвук на щитовидна жлеза			
7.	Сърдечно мониториране с холтер – апарат			
8.	Ехокардиография			
9.	Електромиография			
10.	Електроенцефалограма			
11.	Доплерова сонография на артерии и вени			
12.	Ехографско изследване на стави при деца до 6 месечна възраст			
13.	Изследване на вестибуларен анализатор - ротационен тест и аудиометрия			
14.	Ултразвуково изследване на очна ябълка, включително и биометрия			
15.	Сесия в екип за интервенция по случай – за многофокусна интервенция, за терапевтично общество, друга интервенция в екип, вкл. оценка от двама или повече специалисти			
16.	Стернална пункция с вземане на материал за цитологичен анализ и допълнителни цитохимични изследвания			
17.	Лигиране на хемороиди			
18.	Дерматоскопия			
19.	Фибробронхоскопия с ендоскопска биопсия на трахея, плевра и бронх			
20.	Диагностична и терапевтична пункция на стави			
21.	Марсупиализация или екстирпация на Бартолинова киста или абсцес			
22.	Пункционна биопсия на кистозни формации под ехографски контрол (панкреас, черен дроб, бъбрек)			
23.	Бронхоскопия с трансbronхиална белодробна биопсия			
24.	Трансуретрална балонна дилатация на простатната част на уретрата			
25.	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза			
26.	Вземане на биопсичен материал от гърда, кожа, penis и лимфен възел			
27.	Вземане на биопсичен материал от кост			
28.	Шев на сухожилно влагалище			

Проверили:

Дата: подпис

Дата: подпис

Дата:

Подпис: печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на практиката

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к. бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име Представляващ медико-диагностичната лаборатория

ЕГН

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Хематологични и цитологични изследвания			
	Кръвна картина:			
	Хемоглобин			
	Еритроцити			
	Левкоцити			
	Хематокрит			
	Тромбоцити			
	MCV, MCH, MCHC			
	Диференциално броене на левкоцити и морфология на еритроцити в периферна кръв – визуално микроскопско изследване			
	Тромбоцити – камерно броене с фазов контраст			
	Скорост на утаяване на еритроцитите			
	Общо по I:			
II.	Кръвосъсирване и фибролиза			
	Време на кръвене			
	Пресяващи тестове:			
	Протромбиново време			
	Активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)			
	Фибриноген			
	Общо по II:			
III.	Изследвания на урина и изпражнения			
	Химично изследване с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген)			
	Химично изследване със сухи тестове:			
	pH			
	Специфично тегло			
	Белтък			
	Глюкоза			
	Кетони			
	Билирубин			

	Уробилиноген			
	Кръв			
	Левкоцити			
	Нитрити			
	Ранен-тест за бременност – бета ЧХГ			
	Седимент – ориентировъчно изследване			
	Окултни кръвоизливи			
	Общо по III:			
IV.	Клинично – химични изследвания			
	Субстрати			
	Глюкоза			
	Креатинин			
	Урея			
	Билирубин – общ			
	Билирубин – директен			
	Общ белтък			
	Албумин			
	Холестерол			
	HDL холестерол			
	Триглицериди			
	Фруктозамин			
	Ензими			
	АсАТ			
	АлАТ			
	Креатинкиназа (КК)			
	ГГТ			
	Алкална фосфатаза (АФ)			
	Алфа – амилаза			
	Липаза			
	Електролити и олигоелементи			
	Натрий			
	Калий			
	Хлориди			
	Калций			
	Фосфати			
	Желязо			
	ЖСК			
	Общо по IV:			
	Всичко (I+II+III+IV):			

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на практиката

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име Представляващ медико-диагностичната лаборатория

ЕГН

РЕНТГЕНОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Рентгенологични изследвания група 1			
	Рентгенография на зъби с определен центраж			
	Общо по I:			
II.	Рентгенологични изследвания група 2			
	Рентгенография на челюстите в специални проекции			
	Рентгенография на лицеви кости			
	Рентгенография на околоносни синуси			
	Специални центражи на черепа			
	Рентгенография на стернум			
	Рентгенография на ребра			
	Рентгеноскопия на бял дроб			
	Рентгенография на крайници			
	Рентгенография на длан и пръсти			
	Рентгенография на стерноклавикуларна става			
	Рентгенография на сакроилиачна става			
	Рентгенография на тазобедрена става			
	Рентгенография на бедрена кост			
	Рентгенография на колянна става			
	Рентгенография на подбедрица			
	Рентгенография на глезенна става			
	Рентгенография на стъпало и пръсти			
	Рентгенография на клавикула			
	Рентгенография на акромиоклавикуларна става			
	Рентгенография на скапула			
	Рентгенография на раменна става			
	Рентгенография на хумерус			

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
	Рентгенография на лакетна става			
	Рентгенография на антебрахиум			
	Рентгенография на гривнена става			
	Общо по II:			
III.	Рентгенологични изследвания група 3			
	Рентгенография на череп			
	Обзорна /панорамна/ рентгенография на зъби			
	Рентгенография на гръбначни прешлени			
	Рентгенография на гръден кош и бял дроб			
	Обзорна рентгенография на сърце и медиастиnum			
	Обзорна рентгенография на корем			
	Рентгенография на таз			
	Общо по III:			
IV.	Рентгенологични изследвания група 4			
	Мамография			
	Томография на гръден кош и бял дроб			
	Интравенозна холангиография			
	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах, тънки черва			
	Рентгеново изследване на тънки черва (със сонда)			
	Иригография			
	Хистеросалпингография			
	Венозна урография – екскреторна			
	Венозна урография – инфузна			
	Общо по IV:			
	Всичко (I+II+III+IV):			

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на практиката

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име Представляващ медико-диагностичната лаборатория

ЕГН

ПАТОАНАТОМИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Цитологични изследвания			
	Цитологично изследване (цитонамазка) на спонтанно отделени материали			
	Цитонамазка от хрчка			
	Цитонамазка от седимент от урина			
	Цитонамазка на секрет от гърда			
	Цитонамазка на секрет от външни фистули			
	Цитонамазка на секрет от раневи повърхности, вкл. оперативна рана			
	Цитологично изследване от лаважна течност			
	Цитологични препарати от отделителна система (пикочен мехур, уретери , легенчета)			
	Цитологични препарати от бронхиален лаваж			
	Цитологични препарати от изливи в телесни кухини			
	Цитологични препарати от ставна течност			
	Цитологични препарати от цереброспинална течност			
	Цитологично изследване (цитонамазка) от кухи органи и повърхностни кожни лезии			
	Патоморфологично изследване на гинекологична намазка			
	Патоморфологично изследване на цитонамазка от устна кухина			
	Патоморфологично изследване на цитонамазка от очни лезии			
	Хистобиопсия от кожни разязвявания и други кожни лезии			
	Общо по I:			
II.	Хистобиопсични изследвания			
	Хистобиопсично изследване след тънкоиглена пункционна биопсия			
	Хистобиопсия на лимфни възли			
	Хистобиопсия на гърда			
	Хистобиопсия на простата			
	Хистобиопсия на щитовидна жлеза			
	Хистобиопсия на слюнчени жлези			
	Хистобиопсия на бял дроб			
	Хистобиопсия на медиастиnum			
	Хистобиопсия на коремни органи			
	Хистобиопсия на туморни формации в коремна кухина			

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
	Хистобиопсично изследване след пункционна биопсия и четкови или щипкови биопсии			
	При бронхоскопия			
	При гастроскопия			
	При ректоскопия			
	При ентероскопия			
	При цистоскопия			
	При колпоскопия			
	При колоскопия			
	При други скопии			
	Хистобиопсично изследване на инцизионна амбулаторна биопсия от повърхностни органи или при ендоскопски методи			
	Кожни и очни лезии			
	Устна кухина			
	Лимфни възли			
	Палпируеми подкожни тумори, вкл. щитовидна жлеза			
	Гърда			
	Кожно-мускулни биопсии			
	Фарингоскопии			
	Ларингоскопии			
	Езофагоскопии			
	Ентероскопии			
	Ректоскопии			
	Трахеоскопии			
	Бронхоскопии			
	Цистоскопии			
	Колпоскопии			
	Артроскопии			
	Други скопии			
	Общо по I:			
	Всичко (I+II):			

Проверили:		
Дата:	<input type="text"/>	подпис
Дата:	<input type="text"/>	подпис

Дата:	
Подпис:	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на практиката

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име Представляващ медико-диагностичната лаборатория

ЕГН

МИКРОБИОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Микробиологични изследвания			
1.	Фекална маса и ректален секрет (Salmonella, Shigella, E.coli, Candida, Campylobacter, Clostridium difficile, Staphylococcus aureus)			
2.	Изследване на урина за урокултура E.coli, Proteus, Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам (-), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)			
3.	Материал от генитална система N. gonorrhoeae, Streptococcus (Haemophilus), Staphylococcus, Gardnerella, Enterobacteriaceae и др. Грам(-), Гъби (C.albicans), Trichomonas vaginalis и др.			
4.	Ранев материал и гной Staphylococcus (S. aureus), b- Streptococcus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам (-), Анаероби, Corynebacterium			
5.	Гърлени и назофарингеални секрети b- Streptococcus, Staphylococcus (S. aureus), Neisseria (N.meningitidis), Haemophilus (H. influenzae), Гъби (C. albicans и др.), Corynebacterium			
6.	Храчка, бронхоалвеоларен лаваж a-(b)- Streptococcus, Staphylococcus, Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и др. Грам (-), Гъби (C. albicans и др.), Mycobacterium, Анаероби, Aspergillus, M. pneumoniae, RSV			
7.	RPR /или Васерман/ само за бременни			
8.	Антибиограма с 6 антибиотични диска			
	Всичко по I:			

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер
на лечебното заведение

Име на практиката

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име **Представляващ медико-диагностичната лаборатория**

ЕГН

СЕРОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Серологични изследвания			
1.	Антистрептолизин титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)			
2.	Waler Rose/RF (ревматоиден артрит), Paul-Bunnell (инфекциозна мононуклеоза), Chlamydia (сух тест) всяко по			
	Всичко по I:			

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер
на лечебното заведение

Име на практиката

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име **Представляващ медико-диагностичната лаборатория**

ЕГН

ПАРАЗИТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Паразитологични изследвания			
1.	Изследване на нативен препарат за паразити			
2.	Диференцирано оцветяване за доказване на паразити			
3.	Тест за токсоплазмоза			
4.	Определяне на антипаразитни антитела с аглутационен тест за ехинококоза			
	Всичко по I:			

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер
на лечебното заведение

Име на практиката

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име **Представляващ медико-диагностичната лаборатория**

ЕГН

ВИРУСОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Вирусологични изследвания			
1.	Доказване на HIV антитела с имунологичен метод ЕЛАЙЗА			
2.	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси А, В, С и D по метода ЕЛАЙЗА			
3.	Доказване на антитела РЗХА за морбили, паротит и рубеола при суспектно болни			
	Всичко по I:			

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер
на лечебното заведение

Име на практиката

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име Представляващ медико-диагностичната лаборатория

ЕГН

ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
I.	Хормони			
	T3			
	T4			
	fT3			
	fT4			
	TSH			
	Естрадиол			
	Прогестерон			
	Пролактин			
	Тестостерон			
	LH			
	FSH			
	Кортизол			
	Общо по I:			
II.	Туморни маркери			
	PSA			
	CA-15-3			
	Алфа-фетопротеин			
	Бета-хорионгонадотропин			
	Общо по II:			
III.	Лекарствена концентрация			
	Карбамазепин			
	Валпроева киселина			
	Фенитоин			
	Дигоксин			
	Общо по III:			

	Видове изследвания	Брой	Ед. цена	Сума
IV.	Нуклеарни изследвания			
	Сцинтиграфия на щитовидна жлеза с 99m Tc-пертехнат			
	Сцинтиграфия на щитовидна жлеза с 133 J-пертехнат			
	Сцинтиграфия на бъбреци с 99m Tc - ДМСА, ДТРА, МАГЗ, МІВІ			
	Белодробна сцинтиграфия			
	Радионуклидна нефрография с 131 J-хипуран			
	Изследване на остатъчна урина-хипуран			
	Костна сцинтиграфия			
	Общо по IV:			
V.	Ядрено магнитен резонанс			
VI.	Компютърна аксиална томография			
	Всичко (I+II+III+IV+V+VI):			

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ПО ПАКЕТ СТОМАТОЛОГИЧНА ПРОГРАМА ЗА ВЪЗРАСТНИ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение индивидуална практика групова практика

Име Представляващ лечебното заведение

ЕГН

No	Извършени дейности	Време в мин. за дейност	Брой	Изработени часове	Сума
1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	15			
2	Препариране на кавитет. Подложка и обтурация с амалгама.	26			
3	Препариране на кавитет. Подложка и обтурация с химичен композит.	26			
4	Екстракция на еднокоренов зъб, вкл. анестезия	17			
5	Екстракция на многокоренов зъб, вкл. анестезия	22			
	Всичко :				

Спецификацията съдържа като неразделна част _____ броя отчети за извършена стоматологична дейност от стоматолог, участник в груповата практика за първична извънболнична стоматологична помощ.

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

ОТЧЕТ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ СТОМАТОЛОГ В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ПО ПАКЕТ СТОМАТОЛОГИЧНА ПРОГРАМА ЗА ВЪЗРАСТНИ

(ПОПЪЛВА СЕ САМО ОТ СТОМАТОЛОЗИ В ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ)

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име ЕГН

No	Извършени дейности	Време в мин. за дейност	Брой	Изработени часове	Сума
1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	15			
2	Препариране на кавитет. Подложка и obtурация с амалгама.	26			
3	Препариране на кавитет. Подложка и obtурация с химичен композит.	26			
4	Екстракция на еднокоренов зъб, вкл. анестезия	17			
5	Екстракция на многокоренов зъб, вкл. анестезия	22			
	Всичко :				

Проверили:

Дата: подпис

Дата: подпис

Дата:

Подпис: печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ПО ПАКЕТ СТОМАТОЛОГИЧНА ПРОГРАМА ЗА ДЕЦА ДО 18 ГОДИНИ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение индивидуална практика групова практика

Име Представляващ лечебното заведение ЕГН

No	Извършени дейности	Време в мин. за дейност	Брой	Изработени часове	Сума
1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	15			
2	Препариране на кавитет. Подложка и obtурация с амалгама.	26			
3	Препариране на кавитет. Подложка и obtурация с химичен композит.	26			
4	Екстракция на еднокоренов зъб, вкл. анестезия	17			
5	Екстракция на многокоренов зъб, вкл. анестезия	22			
6	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности, без obtурация)	39			
7	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности, без obtурация)	141			
8	Локална обработка на устната лигавица	6			
9	Екстракция на млечен зъб вкл. анестезия	14			
	Всичко :				

Спецификацията съдържа като неразделна част _____ броя отчети за извършена стоматологична дейност от стоматолог, участник в груповата практика за първична извънболнична стоматологична помощ.

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

ОТЧЕТ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ СТОМАТОЛОГ В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ ПО ПАКЕТ СТОМАТОЛОГИЧНА ПРОГРАМА ЗА ДЕЦА ДО 18 ГОДИНИ

(ПОПЪЛВА СЕ САМО ОТ СТОМАТОЛОЗИ В ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ)

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име ЕГН

No	Извършени дейности	Време в мин. за дейност	Брой	Изработени часове	Сума
1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	15			
2	Препариране на кавитет. Подложка и obtурация с амалгама.	26			
3	Препариране на кавитет. Подложка и obtурация с химичен композит.	26			
4	Екстракция на еднокоренов зъб, вкл. анестезия	17			
5	Екстракция на многокоренов зъб, вкл. анестезия	22			
6	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности, без obtурация)	39			
7	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности, без obtурация)	141			
8	Локална обработка на устната лигавица	6			
9	Екстракция на млечен зъб вкл. анестезия	14			
	Всичко :				

Проверили:

Дата: подпис

Дата: подпис

Дата:

Подпис: печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА СТОМАТОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение индивидуална практика групова практика
 стоматологичен център

Представяващ лечебното заведение
Име ЕГН

Специалност (за индивидуална практика)

No	Извършени дейности	Време в мин. за дейност	Брой	Изработени часове	Сума
I.	Пакет стоматологична програма за деца до 18 години				
1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	15			
2	Препариране на кавитет. Подложка и obtурация с амалгама.	26			
3	Препариране на кавитет. Подложка и obtурация с химичен композит.	26			
4	Екстракция на еднокоренов зъб, вкл. анестезия	17			
5	Екстракция на многокоренов зъб, вкл. анестезия	22			
6	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности, без obtурация)	39			
7	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности, без obtурация)	141			
8	Локална обработка на устната лигавица	6			
9	Екстракция на млечен зъб вкл. анестезия	14			
	Общо по I:				

II.	Пакет хирургична стоматология	Брой	Ед. цена	Сума
1	Интраорална инцизия на абцеси и флегмони в съединително-тъканните ложи, вкл. анестезия		11	
2	Екстракция на дълбокофрактуриран и дълбокоразрушен зъб, вкл. анестезия		22	
3	Контролен преглед		3	
	Общо по II:			
	Всичко (I+II):			

Спецификацията съдържа като неразделна част _____ броя отчети за извършена стоматологична дейност от стоматолог, участник в групова практика за извънболнична специализирана стоматологична помощ,, стоматологичен център.

Проверили:

Дата: _____

подпис

Дата: _____

подпис

Дата: _____

Подпис: _____

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

Банков код

Сметка No.

БУЛСТАТ

Данъчен No.

ОТЧЕТ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕКАР В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ

(ПОПЪЛВА СЕ САМО ОТ ЛЕКАРИ В ГРУПОВА ПРАКТИКА ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ, СТОМАТОЛОГИЧЕН ЦЕНТЪР)

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Име ЕГН

Специалност

No	Извършени дейности	Време в мин. за дейност	Брой	Изработени часове	Сума
I.	Пакет стоматологична програма за деца до 18 години				
1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	15			
2	Препариране на кавитет. Подложка и obtурация с амалгама.	26			
3	Препариране на кавитет. Подложка и obtурация с химичен композит.	26			
4	Екстракция на еднокоренов зъб, вкл. анестезия	17			
5	Екстракция на многокоренов зъб, вкл. анестезия	22			
6	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности, без obtурация)	39			
7	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности, без obtурация)	141			
8	Локална обработка на устната лигавица	6			
9	Екстракция на млечен зъб вкл. анестезия	14			
	Общо по I :				

II.	Пакет хирургична стоматология	Брой	Ед. цена	Сума
1	Интраорална инцизия на абцеси и флегмони в съединително-тъканните ложи, вкл. анестезия		11	
2	Екстракция на дълбокофрактуриран и дълбокоразрушен зъб, вкл. анестезия		22	
3	Контролен преглед		3	
	Общо по II:			
	Всичко (I+II):			

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат