

---

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 4**

---

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

## ОБОРУДВАНЕ НА КАБИНЕТА

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

### ИНСТРУМЕНТАРИУМ И КОНСУМАТИВИ ЗА КАБИНЕТ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА\*

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

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

### ДРУГИ \*

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

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

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

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

<b>КОД</b>	<b>Международно непатентно наименование</b>	<b>Лекарствена форма</b>	<b>Минимален брой</b>
A12AA 03	Calcium gluconate	amp. 10% 10 ml	1
H02AB 04	Methylprednisolone	amp.40 mg 1 ml	4

## ДЕКЛАРАЦИЯ

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

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

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

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

представявано от .....  
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

### Декларирам, че:

1. Разполагам с изискуемото дентално оборудване и обзавеждане на кабинет в лечебно заведение за извънболнична дентална помощ, съгласно приложение № 4 към НРД за денталните дейности за 2020-2022 г.

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

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

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

**Декларатор:** .....  
(име, фамилия, подпис, печат)

## ДЕКЛАРАЦИЯ (за групова практика, ДЦ, МДЦ)

(наименование и вид на лечебното заведение за ИДП)

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

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

представявано от .....  
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

### Декларирам, че:

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

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

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

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

2. Разполагам с изискуемото дентално оборудване и обзавеждане на кабинет в лечебно заведение за извънболнична дентална помощ, съгласно приложение № 4 към НРД за денталните дейности за 2020-2022 г.

3. Разполагам с изискуемото оборудване и обзавеждане за извършване на секторна рентгенография и/или ортопантомография.

(само за ЛЗ за ИДП, извършващи рентгенографска дейност)

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

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

**Декларатор:** .....  
(име, фамилия, подпис, печат)

# ДЕКЛАРАЦИЯ

(за лечебни заведения с разкрити подвижни структури)

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

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

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

представявано от .....  
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

## Декларирам, че:

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

Населено място	График за обслужване на ЗОЛ

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

**Декларатор:** .....  
(име, фамилия, подпис, печат)

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

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 Надзорния съвет на НЗОК:  
д-р Бойко Пенков  
Галя Димитрова  
Росица Велкова  
д-р Иван Кокалов  
Теодор Василев  
Григор Димитров  
Оля Василева  
Андрей Дамянов

Членове на УС на БЗС:  
д-р Борислав Миланов  
д-р Светослав Гачев  
д-р Донка Станчева - Забуртова  
д-р Валентин Павлов  
д-р Годор Кукуванов  
д-р Бисер Ботев  
д-р Трифон Антонов

Управител на НЗОК:  
Д-р Дечо Дечев

Съгласувал:  
Министър на здравеопазването  
Кирил Ананиев