

До НЗОК/РЗОК □□

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ И ДРУГИ УСЛУГИ ПО ЧЛ. 82, АЛ. 1а И 3 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО НА БЪЛГАРСКИ ГРАЖДАНИ ДО 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

ЗАЯВИТЕЛ

.....
(име, презиме, фамилия на непълнолетния пациент)

ЕГН/ЛНЧ □□□□□□□□□□

Данни от документа за самоличност на заявителя:

ЛК № □□□□□□□□□□, изд. на дата: □□.□□.□□□□□□ От МВР

Постоянен адрес на заявителя:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Настоящ адрес на заявителя:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка:

адреса съвпада с постоянен адрес

адреса съвпада с настоящ адрес

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Телефон: Факс: E-mail:

СЪС СЪГЛАСИЕТО НА РОДИТЕЛ/ПОПЕЧИТЕЛ:

.....
(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ □□□□□□□□□□,

Постоянен адрес на заявителя:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Настоящ адрес на заявителя:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул..... №.....

Бл..... вх..... ет..... ап.....

Адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка:

адреса съвпада с постоянен адрес

адреса съвпада с настоящ адрес

Гр. (с.)..... Ж.к.....

Ул..... №.....

Бл..... вх..... ет..... ап.....

Телефон:..... Факс:..... E-mail:

ОСНОВНА ДИАГНОЗА:

.....

ВИД И РАЗМЕР (за размера - ако е известен) НА ИСКАНОТО ЗАПЛАЩАНЕ:

1. Диагностични и лечебни процедури, които не могат да бъдат извършени своевременно или за които няма условия за извършването им в Република България

№ по ред	Име процедура/дейности	Размер на исканото заплащане

2. Диагностика чрез генетични изследвания в лечебни заведения в Република България

№ по ред	Наименование на генетичното-изследване	Размер на исканото заплащане

3. Лекарствени продукти/ диетични храни за специални медицински цели

№ по ред	Име лекарствен продукт/диетични храни за специални медицински цели	Брой (табл. амп., фл., оп. и др.)	Размер на исканото заплащане

4. Медицински изделия

Медицински изделия, които не могат да бъдат осигурени в Република България

№ по ред	Наименование медицинско изделие	Размер на исканото заплащане

Медицински изделия, които не се финансират от НЗОК в рамките на лечение в страната по клинични пътеки

№ по ред	Наименование медицинско изделие	Размер на исканото заплащане

5. Високоспециализирани медицински апарати/уреди за индивидуална употреба

№ по ред	Име високоспециализиран медицински апарат	Размер на исканото заплащане

6. Трансплантация на органи и хемопоеични стволови клетки при малигнени хематологични заболявания, както и при някои тежко протичащи бенигнени заболявания и при утвърдени нехематологични заболявания, която не се извършва или не може да бъде извършена своевременно в Република България

Органи Клетки

№ по ред	Име	Размер на исканото заплащане

7. Участие на чуждестранни медицински специалисти в диагностични и лечебни процедури и трансплантации в лечебни заведения на територията на Република България

№ по ред	Наименование на медицинските услуги	Размер на исканото заплащане

8. Средства за транспорт и престой на детето и един негов придружител в чужбина, както и при необходимост устен превод по време на престоя и лечението

Да Не

9. Лекар придружител

Да Не

В СЛУЧАИТЕ ПО ЧЛ. 23, АЛ. 7:

Заявявам, че давам съгласието си лице:

.....
(име, презиме, фамилия)

Телефон:, Електронна поща (имейл):

Адрес: Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №.

Бл. вх. ет. ап.

ръководител на лечебното заведение за болнична помощ

посочено от управителя на лечебното заведение със заповед

Лечебно заведение:

.....
Да осъществява представителството в процедурата, в това число да подаде заявлението и необходимите документи от мое име.

Заявявам, че желая да получавам документи и съобщения по следния начин:

- чрез лицензиран пощенски оператор, или
- по електронен път на следния електронен адрес:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или
- на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление:, или
- на следния мобилен или стационарен телефонен номер:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или
- по факс на следния номер:
(вярното се отбелязва и се дописва необходимата информация при налично поле за това, а при наличие на лице от лечебното заведение за болнична помощ, действащо като пълномощник, се посочва телефон, факс, имейл адрес или адрес на лицето)

Заявявам, че желая индивидуалният административен акт, който ще бъде издаден по заявлението ми, да ми бъде съобщен по следния начин:

- чрез лицензиран пощенски оператор, или
- по електронен път на следния електронен адрес:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или
- на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление:, или
- на следния мобилен или стационарен телефонен номер:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или
- по факс на следния номер:
(вярното се ограджда и се дописва необходимата информация при налично поле за това)

Дата: . .

Заявител:
(име, фамилия и подпис)

Дата: . .

Родител/попечител:
(име, фамилия и подпис)