

**ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК
ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА / АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА**

<p>ПАЦИЕНТ</p> <p>РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж</p> <p>Идентификационен номер</p> <p><input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ЛНЧ дата на раждане <input type="checkbox"/> код на държава</p> <p><input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)</p> <p>име, презиме и фамилия по лична карта</p> <p>Адрес: гр.(с) ул. №. ж.к. бл. вх. тел.</p>	<p>ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:</p> <p><input type="checkbox"/> договор с НЗОК</p> <p>РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение</p> <p>УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ</p> <p>..... име на лечебното заведение</p> <p>..... име и фамилия на лекаря</p>
---	---

Клинична пътека №.

Амбулаторна процедура №.

Диагноза: МКБ
 дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент:
 (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; Сигнатура на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
Обща стойност:							

дата на изписване: ден месец година

Директор на лечебното заведение:
 подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ:
 фамилия, подпис