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

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

код на държава

.....

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к.

....бл.....вх.....тел.....

...

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... **№.** ☐☐

Диагноза: ..... МКБ ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година 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