

ПРИЛОЖЕНИЕ № 20

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

СЪДЪРЖАНИЕ

- 1. ОБОРУДВАНЕ НА КАБИНЕТ В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ**
- 2. ЛЕКАРСТВА ЗА ОБЗАВЕЖДАНЕ НА КАБИНЕТ В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ**
- 3. ДЕКЛАРАЦИЯ**
- 4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ГРУПОВА ПРАКТИКА, СЦ, МСЦ**

ОБОРУДВАНЕ НА КАБИНЕТА

НАИМЕНОВАНИЕ
1. Стоматологичен юнит с пациентски стол и периферия
2. Стерилизатор/автоклав

ИНСТРУМЕНТАРИУМ И КОНСУМАТИВИ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕН КАБИНЕТ

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

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

ДРУГИ

1. Кюрети – прави и обратни
2. Матрицодържатели: МОД и Айвори
3. Шпатули – прави и обратни
4. Инструменти за obturation: щопфери, амалгамоносачи, гладилки
5. Други инструменти и пособия по преценка на стоматолога

Забележка: Конкретната окомплектовка на инструментариума и броят му се определят от стоматолога, въз основа на прилагания метод на стерилизация.

**ЛЕКАРСТВА ЗА ОБЗАВЕЖДАНЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕН КАБИНЕТ В
ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА
ПОМОЩ**

Международно непатентно наименование	Лекарствена форма	Минимален брой за един стоматолог
Adrenalinum	Sol. inj. 0.1% 1 ml	3
Calcium gluconicum	Sol. inj. 10% 10 ml	1
Lidocainum	Sol. inj. 0.5% 10 ml	2
Methylprednisolonum	Sol. inj. 20 mg, 2 ml+solv.	4
Novphylinum	Sol. inj. 0,24	2 амп.

ДЕКЛАРАЦИЯ

.....
(име и вид на ЛЗ за ИСП)

.....
адрес

с номер на регистрация в РЦЗ №.....

представявано от

.....
(име, фамилия)

Декларирам, че

1. Разполагам с необходимото стоматологично оборудване и обзавеждане на кабинет в лечебно заведение за извънболнична стоматологична помощ, съгласно Приложение № 20 от НРД 2006.

2. При промяна в обстоятелствата се задължавам в срок от 7 работни дни да уведомя писмено РЗОК.

Декларатор:

/име, фамилия, подпис, печат/

ДЕКЛАРАЦИЯ
(за групова практика, СЦ, МСЦ)

.....
(име и вид на ЛЗ за ИСП)

.....
адрес

с номер на регистрация в РЦЗ№.....

представявано от

.....
(име, фамилия)

Декларирам, че

1. В лечебното заведение работят следните стоматолози за ПИСП/СИСП:

Име, фамилия	Пакет дейности*	№ на договор на стоматолог работещ в ЛЗ за СП (отнася се за групова практика, СЦ, МСЦ)	Срок на договор** от.....до.....

*В графата се вписва пакета стоматологична помощ, за който се сключва договора. (“Първична извънболнична стоматологична помощ, Специализирана детска стоматологична помощ”, “Специализирана хирургична стоматологична помощ”, Специализирана извънболнична стоматологична помощ под обща анестезия”)

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

2. При промяна в обстоятелствата се задължавам в срок от 7 работни дни да уведомя писмено РЗОК.

Декларатор:

/име, фамилия, подпис, печат/