

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

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

СЪДЪРЖАНИЕ

- 1. ОБОРУДВАНЕ НА КАБИНЕТ В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ**
- 2. ЛЕКАРСТВА ЗА ОБЗАВЕЖДАНЕ НА КАБИНЕТ В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ**
- 3. ДЕКЛАРАЦИЯ**
- 4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ГРУПОВА ПРАКТИКА, ДЦ, МДЦ**

ОБОРУДВАНЕ НА КАБИНЕТА

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

ИНСТРУМЕНТАРИУМ И КОНСУМАТИВИ ЗА КАБИНЕТ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА

НАИМЕНОВАНИЕ
1. Дентални пинсети
2. Дентални огледалца
3. Дентални 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
2. Матрицодържатели: МОД и Айвори
3. Шпатули – прави и обратни
4. Инструменти за obturации: щопфери, амалгамоносачи, гладилки
5. Други инструменти и пособия по преценка на лекаря по дентална медицина

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

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

КОД	Международно непатентно наименование	Лекарствена форма	Минимален брой за един лекар по дентална медицина
A12AA 3	Calcium gluconate	amp. 10% 10 ml	1
H02AB 4	Methylprednisolone	amp.20 mg 2 ml	4
R03DA 5	Aminophylline	amp.240 mg 10 ml	2

ДЕКЛАРАЦИЯ

.....
(име и вид на ЛЗ за ИДП)

.....
адрес

с номер на регистрация в РЦЗ №.....

представявано от

.....
(име, фамилия)

Декларирам, че

1.Разполагам с необходимото дентално оборудване и обзавеждане на кабинет в лечебно заведение за извънболнична дентална помощ, съгласно Приложение № 5.

2.Лекарите по дентална медицина, работещи в лечебното заведение не са членове на Детска експертна лекарска комисия (ДЕЛК) / Трудово-експертна-лекарска комисия (ТЕЛК) / Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК)

3.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, ДЦ, МДЦ)

.....
(име и вид на ЛЗ за ИДП)

.....
адрес

с номер на регистрация в РЦЗ№.....

представявано от

.....
(име, фамилия)

Декларирам, че

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

Име, 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 дата на прекратяване, в случаите когато лицето е наето на срочен договор.

2. Лекарите по дентална медицина, работещи в лечебното заведение не са членове на Детска експертна лекарска комисия (ДЕЛК) / Трудово-експертна-лекарска комисия (ТЕЛК) / Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК)

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

Декларатор:

/име, фамилия, подпис, печат/