



ДЕКЛАРАЦИЯ

**ЗА ИНФОРМИРАНост И СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА ПО ОТНОШЕНИЕ
ИЗТОЧНИКА НА ЗАПЛАЩАНЕ ЗА ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА
НЕГОВОТО ЗАБОЛЯВАНЕ**

Аз, долуподписаният/та

.....
ЕГН..... или (ЛНЧ..... и дата на раждане.....
за чужденци),
с настоящ адрес: гр..... бул./ул.....,
ж.к./кв..... №....., бл....., вх....., ет....., ап.....,
тел.....

ДЕКЛАРИРАМ , че :

Д-р в качеството си на представител на
лечебното заведение изпълнител на болнична медицинска помощ в ”МБАЛ
Свети Пантелеймон - Плевен” ООД ми разясни реда за заплащане на
диагностиката и болничното лечение на моето заболяване по клинична
пътека № и ИЗ №.....

1. Информиран съм, че заболяването ми е включено в клинична пътека
№..... Разходите за диагностиката и болничното ми лечение се заплащат
изцяло от НЗОК, с изключение на скъпоструващи медицински изделия, за
които НЗОК не заплаща.

2. По време на престоя ми в лечебното заведение изпълнител на
болнична медицинска помощ съм заплатил/а сума в размер на
.....(.....) лв., която включва:

- а) сума за болнично лечение, съгл. чл.37 от Закона за здравното осигуряване
.....дни по.....(.....) лв.
- б) скъпоструващи медицински изделия..... лв.

Получих документ за всички извършените плащания

да

не

ДАТА:

ДЕКЛАРАТОР:
(подпис)