

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

Аз, долуподписаният/та

.....¹
 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 ПСАГБАЛ
 „Св. София” ЕАД ми разясни реда за заплащане на диагностиката и
 болничното лечение на моето заболяване по клинична пътекаи
 История на заболяването №

1. Информирани 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, съгласно чл. 37 от Закона за здравното
 осигуряване дни по (.....) лв.

б) скъпоструващи медицински изделия лв.

Получих документ за всички извършени плащания ДА НЕ

Дата:.....

ДЕКЛАРАТОР:
 (подпис)

