



**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 болничната медицинска помощ  
в ..... ми разясни реда за  
заплащане на диагностиката и болничното лечение на моето заболяване по клинична  
пътека № ..... и История на заболяването № .....

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 болничната  
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)