REPUBLIC OF BULGARIA
NOVI PAZAR MUNICIPALITY
Mayor'sphone:+ 359 + 0537 /2 3466
Fax:: + 359 + 0537 / 2 40 10
Fax: +359+0537/95530
http://novipazar.acstre.com
E-mail: npazar@icon.bg
novipazar@novipazar.bg

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
КМЕТ телефон:+359 + 0537 /2 3466
Факс: + 359 + 0537 /2 40 10
Факс:+359+0537/95530
Зам кмет :
телефон +359 + 0537 /95523
+359 + 0537 /95525

Община Нови пазар е сертифицирана по ISO 9001:2015

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ-НОВИ ПАЗАР
Вх. № 00-1077
17.11. 2022

ДО
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
ГР. НОВИ ПАЗАР

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

ОТ МИХАЙЛ МИХАЙЛОВ – ПРЕДСЕДАТЕЛ НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ НОВИ ПАЗАР

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ на АНГЕЛ НЕДКОВ, гр. Нови пазар, обл. Шумен,

УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от **АНГЕЛ НЕДКОВ, гр. Нови пазар, обл. Шумен, у**
регистрирано в общинска администрация с вх. №ДР-620/01.08.2022 г. за отпускане на еднократна финансова помощ.
В заявлението е посочено, че г-н Недков моли да му бъде отпусната еднократна финансова помощ за заплащане на медикаменти.Сума в размер не е посочена.

Отпускане на еднократна финансова помощ, се отпуска съгласно Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар.

След заседание на Постоянната комисия по здравеопазване и социални дейности, съгласно горепосочения Правилник и с оглед на подаденото заявление и приложените документи, става ясно, че заявителя е представил разходооправдателни документи за медикаменти. Същевременно комисията констатира, че лекарствата не биха могли да се считат за скъпо струващи и включени в позитивния лекарствен списък на НЗОК. В разпоредбата на чл.4,т.8 на Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар е предвидено да се отпускат еднократни финансови помощи за отпускане на еднократна финансова помощ за закупуване на животоспасяващи и скъпоструващи медикаменти,невключени в актуалния позитивен лекарствен списък на НЗОК,предвид на което няма законово

основание ля бъде отпусната еднократна финансова помощ на лицето **АНГЕЛ НЕДКОВ, гр. Нови пазар, обл. Шумен,**

Предвид гореизложеното предлагам Общински съвет да вземе следното

РЕШЕНИЕ:

На основание чл. 21, ал. 2 от ЗМСМА, във връзка с чл. 4,т.8 и чл.13 от Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар, Общински съвет Нови пазар,

РЕШИ:

1. Отказва отпускането на еднократна финансова помощ на **АНГЕЛ НЕДКОВ, гр. Нови пазар, обл. Шумен,** у

2. Възлага на кмета на Община Нови пазар на основание чл.13 от Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар ,да връчи настоящото решение на заявителя **АНГЕЛ НЕДКОВ, гр. Нови пазар, обл. Шумен,** законния му представител или упълномощено лице.

С уважение,
Михайл Михайлов
ПРЕДСЕДАТЕЛ
НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ НОВИ ПАЗАР

Приложение №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ОБЩИНА гр. Нови пазар
Регистрационен индекс и дата
ДР-620/01.08.2022
Срок за изпълнение

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата:

Ангел Цецков
(име, презиме и фамилия)

Постоянен адрес: гр./с. Нови пазар **община** Нови пазар
Област Шумен,
ул. ..... № ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
Настоящ адрес: гр./с. Нови пазар **община** Нови пазар
Област Шумен
ул. ....., № ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
телефон

Данни на законния представител на кандидата:

.....
(име, презиме и фамилия)
Постоянен адрес: гр./с. ....., **община** .....
Област .....,
ул. ..... № ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
Настоящ адрес: гр./с. ....., **община** .....
Област .....,
ул. ..... № ....., **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
телефон за връзка: .....

УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО КМЕТ,

Желая да ми бъде отпусната еднократна финансова помощ за:

(подчертава се вида на исканата еднократна помощ)

1. Пострадалот природни бедствия/пожари, наводнения, земетресения, урагани, мълнии и др. /с временно/ трайно нарушение на здравето/инвалидност над 90%.
2. Дете с тежки остри или хронични заболявания, лечението на което не се покрива на 100% от НЗОК.
3. Пострадал при злополука с временно или трайно нарушение на здравето.
4. Столетник.
5. Задоволяване на инцидентно, непредвидимо и извънредно възникнали здравни проблеми, *(ако разходите за лечението надвишава десетократния размер на минималната работна заплата за страната.)*
6. Закупуване на животоспасяващи и скъпоструващи медикаменти, невключени в актуалния позитиве лекарствен списък на НЗОК.
7. Диагностициране на редки заболявания, нефинансирани от НЗОК.
8. Еднократна помощ за животоспасяваща операция, извършена в рамките на финансовата или 12-ти месец на предходната година.

9. Покриване на разходите за специализиран транспорт на болно лице и придружителят му при извършване на животоспасяваща интервенция.
10. Възстановяване на щети от бедствия /природни явления, инциденти и аварии/.
11. За осигуряване на временен подслон.
12. Помощ при кандидатстване във ВУЗ.
13. Помощ за подготовка на абитуриенски бал.

ДЕКЛАРИРАМ:

...ейно положение:

Декларатор: ...Ангел... ...Недков...

(име, презиме, фамилия)

ЕГН:. ...., **Семейно положение:** .....

Съпруг/съпруга: ...Таня... ...Илиева...

(име, презиме, фамилия)

ЕГН: .....

Постоянен адрес: гр./с. ...Нови пазар..., **община** ...Нови пазар...

Област ...Шумен...

ул. ...., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....

Настоящ а... ...на ...Нови пазар...

Област ....

ул. ...., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....

телефон за

II. Социална група

Декларатор:		Съпруг (съпруга)	
☐ Работещ	☒ Безработен	☐ Работещ	☒ Безработен
☐ Осигурен	☐ Неосигурен	☐ Осигурен	☐ Неосигурен
☐ Пенсионер	☐ Учащ се	☐ Пенсионер	☐ Учащ се
☐ Друго.		☐ Друго.	

III. Здравословно състояние

Декларатор:		Съпруг (съпруга)	
☐ здрав	☐ с ЛКК	☒ здрав	☐ с ЛКК
☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	☐над 90%	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	☐над 90%
☐ над 90% с ЧП	☐ от 50 до 69,99%	☐ над 90% с ЧП	☐ от 50 до 69,99%
☐ от 70 до 89,99%		☐ от 70 до 89,99%	

IV. В състава на семейството ми има/няма членове на възраст до 18 г., и те са:

(вярното се подчертава)

	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Посещава училище	Здравословно състояние:	
1.			☐ ДА ☐ НЕ	☐ здрав ☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐ с ЛКК ☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%
2.			☐ ДА	☐ здрав	☐ с ЛКК

			☐ НЕ	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99% ☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%
3.			☐ ДА ☐ НЕ	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99% ☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%

V. Декларирам, че ИМАМ/НЯМАМ деца, на възраст над 18 г., и те са:
(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.	Десислава [illegible] Йорданова		с. Горно Абланово	дъщеря
2.	Генчо [illegible] Йорданова		гр. Нови пазар	син

VI. Декларирам, че съжителствам/ не съжителствам със следните лица:
(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				
3.				

VII. Лица, задължени по закон да осигуряват издръжка (на декларатора):

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				

VIII. Декларирам, че доходите на семейството ми/на съжителстващите с мен лица през предходните шест месеца са общо: …….. лв.

IX. Обитавано жилище:
Състои се от …2…. Стаи (без преходен хол, кухня и сервизни помещения).

Собственост на:
☒ собствено
☐ държавно/ведомтсвено

☐ общинско
☐ не притежавам

1. Жилището, което обитавам (в т.ч. членовете на моето семейство/съжителстващите с мен лица) е единствено за семейството ми:
☒ ДА ☐ НЕ

2. Жилището, което обитавам (в т.ч. членовете на моето семейство/съжителстващите с мен лица) не е застраховано в застрахователна институция и имам документ за собственост:
☐ ДА ☒ НЕ

X. Декларирам, че притежавам следната друга недвижима собственост и движима собствсост: .....
.....
.....
.....
.....
.....

XI. Декларирам, че **съм/не съм** сключил/а договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане. *(вярното се подчертава)*

XII. Декларирам, че съм/не съм получавал помощи на същото основание от друг орган или друга/и институция. (вярното се подчертава)

Съгласен/а съм Община Нови пазар да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с подадено Заявление-декларация за получаване на еднократна финансова помощ от бюджета на Община нови пазар. ☒ ДА ☐ НЕ

При промяна на обстоятелствата и условията, при които подавам настоящето Заявление-декларация до датата на вземане на Решение от Общински съвет-Нови пазар, относно същото, се задължавам в три дневен срок да уведомя Община Нови пазар. ☒ ДА ☐ НЕ

Прилагам следните документи:
1. Експертно решение от ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК/РЕЛК.: ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
2. Епикриза ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
3. Фактури за извършените разходи ☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
4. Документи за дохода на членовете на семейството за предходните 6 месеца
☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
5. Разпореждане от НОИ за размера на отпусната/и пенсии ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
6. Декларация за доходите *(ако лицетоне работи)* ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
7. Служебна бележка за регистрация в Дирекция „Бюро по труда".
☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

8. Удостоверение за родствени връзки, издадено не по-късно от шестмесечен срок преди датата на подаване на документите. ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

9. Документ удостоверяващ наличие на бедствие, авария или пожар, удостоверено от надлежен орган (лице) ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

10. Документ за собственост ☐ ДА ☒ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

11. Други *(моля опишете)* .....

.....

Известно ми е, че за декларирани от мен неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата: 01.08.2022г

гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: .....

REPUBLIC OF BULGARIA
NOVI PAZAR MUNICIPALITY
Mayor's phone:+ 359 + 0537 /2 3466
Fax:: + 359 + 0537 / 2 40 10
Fax: +359+0537/95530
http://novipazar.acstre.com
E-mail: npazar@icon.bg
novipazar@novipazar.bg

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
КМЕТ телефон:+359 + 0537 /2 3466
Факс: + 359 + 0537 /2 40 10
Факс:+359+0537/95530
Зам кмет :
телефон +359 + 0537 /95523
+359 + 0537 /95525

Община Нови пазар е сертифицирана по ISO 9001:2015

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
към чл.10, ал.1, т.1 от
Вътрешните правила за защита
на лични данни в Община Нови пазар

ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ

Аз, долуподписан/ият/ата
.....Ангел..... .....Недков.....,
(име, фамилия , друга информация за идентификация)

с настоящото декларирам, че давам съгласието си Община Нови пазар
.....
(посочва се трета страна, обработващ при необходимост)

да обработва и съхранява моите лични данни, в качеството на администратор на лични данни за целите на административното обслужване, във връзка с :
.....
(изрично уточнявате целите, които се преследват с обработването на тези лични данни)

Съзнавам, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време.
Съзнавам, че оттеглянето на съгласието ми по-късно няма да засегне законосъобразността на обработването, основано на даденото сега съгласие.

Дата: .....

Декларат

Получено от: .....на.....
(име, фамилия и подпис на длъжностното лице) *(дата)*

ПОЛИТИКАТА ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИ ДАННИ на Община Нови пазар е публикувана на интернет страницата на Община Нови пазар www.novipazar.acstre.com, както и в центъра за административно обслужване, кметствата на населените места на територията на община Нови пазар

СБАЛ ПО КАРДИОЛОГИЯ МАДАРА- гр. Шумен
ул. "Васил Априлов" № 63
тел: 054/801 260, факс:054/801 261

ЕПИКРИЗА

Уважаеми колеги, благодарим Ви, че ни дадохте възможност да лекуваме Вашия пациент:
Име: Антон Недков;
ЕГН
ИЗ: №827
Адрес: Нови пазар ул. .
Постъпил на: 09/05/22

ДИАГНОЗА: I21.0 ИБС. ОСТЪР ТРАНСМУРАЛЕН ИНФАРКТ НА МИОКАРДА НА ПРЕДНА СТЕНА НА ЛЯВА КАМЕРА ПРИ КРИТИЧНА СТЕНОЗА С ТРОМБОЗА В СРЕДЕН СЕГМЕНТ НА LAD, ТРЕТИРАНА С PCI- ИМПЛАНТАЦИЯ НА МЕДИКАМЕНТ ИЗЛЪЧВАЩ СТЕНТ. I11.9 ХИПЕРТОНИЧНА БОЛЕСТ III СТАДИЙ, ТЕЖКА СТЕПЕН. I30.0 ОСТЪР НЕСПЕЦИФИЧЕН ИДИОПАТИЧЕН ПЕРИКАРДИТ.
ПРИДРУЖАВАЩИ ЗАБОЛЯВАНИЯ: E11.9 ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП 2. E78.0 ДИСЛИПИДЕМИЯ.
КП № 28: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ С ПЕРСИСТИРАЩА ЕЛЕВАЦИЯ НА ST-СЕГМЕНТ С ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

Бърз Ag тест за SARS-Cov2 - / негативен 09.05.22 г/

От анамнезата:
Анамнезата е снета по данни на пациента, близките, спешна помощ и придружаващата го документация.Постъпва за първи път с оплаквания от бодежи и болка в гърдите в покой , придружени от задух и лесна умора при мин.физ.усилия . На 03.05 проведена рентгенография на б.др. , от която е установена десностранна бронхопневмония , назначена антибиотична и противовъзпалителна терапия . Днес посетил пулмолог , който не установява хронично бел.заболяване , след мин.физ.усилие , получил стягане , тежест в гърдите и се изпотил обилно , поради което консултиран по спешност с кардиолог , който диагностицира ОКС и го насочва към СБАЛ по кардиология за лечение.
Проведени изследвания: ЕКГ- син.ритъм , STE I , aVL , V1-V3, STD II,III, aVF , краткотраен епизод на КТ с морфология на ДББ ; На рентгенография на бял дроб от 3.05.22г. е с данни за бронхопневмония вдясно
Минали сърдечно-съдови инциденти и предшестващи хоспитализации за сърдечно-съдови заболявания: отрича
Минали и придружаващи заболявания: Артериална хипертония с неясна давност, с максимални стойности 200/100 mm Hg, с пош контрол - не провежда терапия. Захарен диабет тип 2 от около 3 г- не провежда лечение. Пациентът не съобщава кървене от ГИТ.
Терапия при постъпването: няма
Редовно приемане на ASA - Не
Рискови фактори: мъжки пол, наднормено тегло, тютюнопушене, артериална хипертония, захарен диабет, дислипидемия, алкохол, фамилна обремененост -не съобщава .

Обективно състояние:
Мъж на видима възраст, отговаряща на действителната, в задоволително общо състояние, заема активно положение в леглото, адекватен, ориентиран за време, място и самоличност. Ръст 168 см; Тегло 99 кг; Кожа - мургава. Видими лигавици – бледорозови. Шия – шийни вени – б.о. ПЛВ и щитовидна жлеза не се палпират увеличени. Дихателна система – симетричен гръден кош, ДЧ 16/мин, двете гръдни половини вземат еднакво участие в дишането, отслабено везикуларно дишане, със сухи св. хрипове двустранно ССС – без патологични пулсации и деформации в прекордиума, ритмична сърдечна дейност, СЧ 92/мин., ясни сърдечни тонове, без шумове, АН 155/113 mmHg. Без шумове на ренална и каротидна област. Корем – над нивото на гръдния кош, респираторно подвижен, мек, неболезнен при палпация. Черен дроб на ребрена дъга. Слезка не се палпира увеличена. Сукусио реналис – двустранно отрицателно. Крайници – без отоци, запазени пулсации на периферните артерии. Без шумове на a. femoralis.

Изследвания: Левкоцити (Leu) - 16.46...9,71; Еритроцити (Er) - 5.40...5,26; Хемоглобин (Hb) - 154...149 ; Хематокрит (Ht) - 0.460...0,45; Тромбоцити (Tr) - 614...372 ; Протромбиново време - 102.8; INR - 0.95; aPTT - 27.8; Глюкоза - серум - 26.2; КЗП 23.2..19.8...7,2; Креатинин - серум - 92; Холестерол - 6.24; Триглицериди - 2.09; HDL - 1.26; LDL - 4.03; Креатинфосфокиназа - серум - 69...417...83; КК-МВ - 10...74...18; Тропонин - имунохроматологично - <0.200...29,9...13,2 ; Калий - 3.8; Натрий - 134; Хлорид - 90. СУЕ - 70мм; фибриноген - 3,59; CRP - 17.9; ASAT - 45; ALAT - 91; КЗП - 23.2...19.8...7,2 ; кетотела урина тест-лента /-/

ЕКГ:
При постъпване: Синусов ритъм, сърдечна честота 92/мин. индиф. ел. позиция, STE V1-V3, I , aVL , STD II , III , aVF
При изписване: Синусов ритъм, сърдечна честота 80/мин. индиф. ел. позиция, STD с негативни Т-вълни I, II, aVL , aVF . негативни Т вълни V2-V6 ;

Протокол за ултразвуково изследване:
Ляво предсърдие/LA: 40 mm, площ - 21cm²;
Дясно предсърдие/RA: площ -17 cm²;
ЛЯВА КАМЕРА:
ТДО/EDV -140 ml; TCO/ESD -66 ml;
ФИ/EF по Симпсън - 52 %;
МКП/IVS - 13 mm; ЗСЛК/LVPW - 13mm;
КИНЕТИКА: апикална акинезия
Аорта на ниво:
Анулус - 22mm; Възходяща - 37 mm;
Дясна камера/RV: mm;
Митрална клапа/MV: дискордантна;
- *трансмитрален кръвоток:* Vt. E = 0,51 m/s; Vt. A = 0,73 m/s; DT -160 m/s ;
Аортна клапа/AV: трикуспидна;
V max = 1,3 m/s, PG = 7 mmHg;
Трикуспидална клапа/TV: TrR 0-Iст ; Tr velocity - 1,8 m/s;
Вероятно систолно налягане в ДК -25 mm Hg;
Пулмонална клапа/PV: интактна, нормален кръвоток;
Други: Перикарден излив- малък към умерен , сепарация пред ДК - 10 мм , зад ЗСЛК - 9 мм , интактен междупредсърден и междукамерен септум;
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Запазена систолна функция на ЛК със сегментни нарушения в кинетиката . Концентрична ЛКХ. Диастолна дисфункция .

Сърдечна катетеризация: № 767 /09.05.2022 контраст (Conta Media): 120ml. Достъп: a.radialis dextra
ВИД ПРОЦЕДУРА: ЛСК със СКАГ на лява и дясна коронарни артерии.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Десен тип коронарна циркулация. LCA: Ствол- без стенози. LAD- неравности, 45-50% бифуркационна стеноза с D1, критична 95% стеноза с "haziness" суспектно за тромбоза в среден сегмент. D1- 40% остиална стеноза. LCx - неравности, без стенози. RCA- неравности, малко аневризмално разширение в среден сегмент.

PCI на LAD: артериален интродюсер 6F в дясна радиална артерия, водещ катетър XB LAD 3.5/6F, коронарен водач Terumo Runthrough 0.014" пласиран към периферията на LAD. Предилатация с балон Artimes 2.0/15 mm, раздут до 14атм. Имплантация на стент Supraflex Star /sirolimus/ 3.0/20mm, раздут до 14атм. Оптимален непосредствен ангиографски резултат: с TIMI-III кръвоток към периферията на съда.

ДИАГНОЗА: ИБС. СТЕМИ на ПСЛК, при критична стеноза с тромбоза в среден сегмент на LAD, третирана с PCI-имплантация на медикамент излъчващ стент.

Обсъждане: Касае се за 50-годишен пациент с рискови фактори за ИБС, постъпващ за СКАГ, за диагностично уточняване поради клинични и ЕКГ- данни за ОКС. От ЕхоКГ - запазена систолна функция при сегментни нарушения в кинетиката на ЛК, малък към умерен перикарден излив. При направеното инвазивно изследване установихме критична стеноза с тромбоза в среден сегмент на LAD . Пациентът се обсъди от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог, кардиохирург /д-р Иванов УМБАЛ "Сърце и мозък" гр. Плевен/ и се прецени за PCI на " виновната " артерия и последващо консервативно лечение. Предприехме PCI с имплантация на медикамент излъчващ стент. В хода на пролежаването е с редукция на перикардния излив. С препоръка за ехокардиографско проследяване на перикардния излив на контролни прегледи. С оглед клиничните данни и резултатите от направените лабораторни и инструментални изследвания се прие горепосочената диагноза. Препоръчваме лечението на пациента да продължи с по-долу посочените медикаменти. Пациентът се изписва със стабилен кардиопулмонален статус, без стенокардни оплаквания и без белези на остра миокардна исхемия в последните 24 часа.

Консултативни прегледи: с ендокринолог (д-р Лазарова) - касае се за ЗД тип 2 с лош гликемичен контрол, нелекуван. Препоръчано лечение с Диаб МР 60мг 2х1 (или от 30мг 2-0-2); метформин 850мг 0-0-1. След изписване контрол на кръвна захар в условия на ДМП.
Проведена терапия в клиниката: хепарин при инвазивното изследване; лидокаин 2%/10 мл - лок. анестезия; изокор 5мг, нитронал 1фл. NaCl 0,9%, апири 100мг; нитронал 1 флак * ; апири 100 мг 3 таб.еднокр. дадени , сл.0-0-1 ; плакекс 75 мг - 8 таб.еднокр.дадени , сл.1-0-0; .; хепарин 5000 Е i.v. болус в 13:00 ч.; езомепразол 1 флак ; ланзацид 30 мг 1-0-0 ; роста 20 мг 0-0-1 ; кардифренд 5 мг 0-0-1 ; бизор 5 мг 1/2-0-0 ; колхикум 0,5 мг 1-0-1 ; биобаланс 1-0-0 ; цефтриаксон 1,0 г 1-0-1; диаб 30мг 1-0-1; метформин 850мг 0-0-1; ариктра 0-0-1, инс. Хумулин 12Е+10Е
Ход на заболяването: Без усложнения след процедурата.
Настъпили усложнения: Няма.
Статус при изписването: Пациентът се изписва без оплаквания, със стабилна хемодинамика, ССС - АН 100/70 mmHg; СЧ =80/мин. , спокойно пункционно място ДС - чисто везикуларно дишане.
Изход от заболяването: С подобрение
Препоръки за хигиенно-диетичен режим – подробно обяснени на пациента от лекуващия лекар. Ограничаване на готварската сол, диетичен режим, изключващ храни, богати на животински мазнини и захар. Подходяща физическа активност за възрастта и заболяванията.
Терапия за дома: PlaquEx Combi 75mg/75mg 1-0-0 за 12 месеца, след което Apiri 100mg 0-0-1 непрекъснат прием; CG257 Rossta 20mg 0-0-1; LanzAcid 30mg 1-0-0 ; CF872 Bisor 5mg 1-0-1/2; CF847 Cardifriend 5mg 0-0-1/2; AF478 Diab MR 30mg 2-0-2; AF341 Metformin 850mg 0-0-1; Colchicum 0.5 1-0-1 за 3 месеца; Diclofenac 50 mg 1-0-1 за 10 дни ; Lifurox 250 mg 1-0-1 за 7 дни :

При промяна на лечението, отговорността се носи от направилия промените!

Препоръки към семейния лекар: контрол на рисковите фактори, артериално налягане, сърдечна честота, корекция на

терапията при нужда. Насочва се за диспансерно наблюдение.
Контролни прегледи: в *СБАЛ по Кардиология*, на адрес ул. Васил Априлов 63, тел. 054/801260, GSM - 0882 793930 - на 31.05.2022 г. и на 14.06.2022 г., след 10.00 ч. Няма данни за ВБИ.

Началник отделение:
/д-р Детелин Димов/

Лекуващ
/д-р Мир

При изписването на пациента са дадени на ръка два броя епикризи, [illegible]ационен протокол.

Получил:
/Ангел Недков/

CLICK - София ОРИГИНАЛ Нови Пазар 3

ФАКТУРА Номер: 8840002255 Дата на издаване: 12.07.2022 стр. 1

Дата на данъчното събитие: 12.07.2022

Получател : АНГЕЛ НЕДКОВ	Доставчик : НОВА МЕД 2014 ООД
Адрес:у	Адрес:р-н Младост бул. Република сгр. МЦ Младост Варна
Идент. Ном.-ДДС :	Идент. Ном.-ДДС :BG203070212
Идент. Ном. :	Идент. Ном. : 203070212
МОЛ : АНГЕЛ НЕДКОВ	МОЛ : Веска С Марешка
IBAN :	IBAN :
Банка :	Банка :

Място на сделката : Нови пазар

No:	Шифър	Наименование	Мярка	Колич.	Ед.Цена	ТО %	Дан. Осн	ДДС %
1	1020558	КОЛХИКУМ ДИСПЕРТ табл 0,5мг х 25бр Партида : 035554 Годна до : 30.11.2026	ОП. (= 25 БР.)	1.000	11.840	0	11.840	20.00

			Данъчна основа:		11.84
Нето сума	20.00%	11.84	Начисл. ДДС	20.00%	2.37
Нето сума	9.00%	0.00	Начисл. ДДС	9.00%	0.00
Нето сума	0.00%	0.00	Начисл. ДДС	0.00%	0.00
			Обща стойност:		14.21

Словом : четиринадесет лева и 21ст.

Основание за неначисляване на ДДС:

Начин на плащане : В брой

Стоката е получена от АНГЕЛ НЕДКОВ на дата : ...

Пълномощно No : ..... от ..... паспортни данни

Получил :	Със
Подпис : _____ /...../	Под

Проверил : _____ /...../ Касиер : _____ /.....

Софтуерна къща 'CLICK' - София тел. 02 / 831 90 37, 02 / 832 70 34

CLICK - София ОРИГИНАЛ Нови Пазар 3

ФАКТУРА Номер: 8840002256 Дата на издаване: 12.07.2022 стр. 1

Дата на данъчното събитие: 12.07.2022

Получател : АНГЕЛ НЕДКОВ
Адрес:ул
Идент. Н
Идент. Н
МОЛ : АНГЕЛ НЕДКОВ
IBAN :
Банка :

Доставчик : НОВА МЕД 2014 ООД
Адрес:р-н Младост бул. Република сгр. МЦ Младост Варна
Идент. Ном.-ДДС :BG203070212
Идент. Ном. : 203070212
МОЛ : Веска Марешка
IBAN :
Банка :

Място на сделката : Нови пазар

No:	Шифър	Наименование	Мярка	Колич.	Ед.Цена	ТО %	Дан. Осн	ДДС %
1	1017728	БИЗОР табл.5мг х 30бр	ОП. (= 30 БР.)	1.000	1.609	0	1.608	20.00
	Партида : 220306@ 99 Годна до : 31.01.2025							
2	1017542	КАРДИФРЕНД табл.5мг х 30бр	ОП. (= 30 БР.)	1.000	4.709	0	4.708	20.00
	Партида : 211212@ 99 Годна до : 30.11.2024							
3	1029575	РОССТА филм табл 20мг х 30бр	ОП. (= 30 БР.)	1.000	11.792	0	11.792	20.00
	Партида : 220320@ 99 Годна до : 28.02.2025							

			Данъчна основа:		18.11
Нето сума	20.00%	18.11	Начисл. ДДС	20.00%	3.62
Нето сума	9.00%	0.00	Начисл. ДДС	9.00%	0.00
Нето сума	0.00%	0.00	Начисл. ДДС	0.00%	0.00
			Обща стойност:		21.73

Словом : двадесет и един лева и 73ст.

Основание за неначисляване на ДДС:

Начин на плащане : В брой

Стоката е получена от АНГЕЛ ЕДКОВ на дата : .....

Пълномощно No : ..... от ..... паспортни данни

Получил : Със

Подпис : _____ Под
/...../

Проверил : _____ Касиер : _____
/...../ /.....

Софтуерна къща 'CLICK' - София тел. 02 / 831 90 37, 02 / 832 70 34

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Населено място/ район ГР.НОВИ ПАЗАР

Община НОВИ ПАЗАР

Област ШУМЕН

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ
по осн. чл. 40 ал. 1 от згр - без такса

Изх.№ **СЛУЖЕБНО**

Дата: **01.08.2022 г.**
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: **АНГЕЛ** **НЕДКОВ**
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане:

е със семейно положение: **НЕЖЕНЕН**

Данни за съпруг/а и роднини:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.	ЙОРДАН ЙОРДАНОВ		БАЩА	
2.	СЕВДА ВЕЛЕВА		МАЙКА	
3.	ДЕСИСЛАВА НАЙДЕНОВА		ДЪЩЕРЯ	
4.	ГЕНЧО ЙОРДАНОВ		СИН	
5.	МАРИН НЕДКОВ		БРАТ	
6.	СВИЛЕН ИВАНОВ		БРАТ ЕДНОУТРОБЕН	

Длъжностно лице: **РОСИЦА**
име: собствено

Подпис и печат:

https://nrn.grao.bg/udostoverenia

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ
по осн. чл. 40 ал. 1 от ЗЗЛД - без такса

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Име: **АНГЕЛ** **НЕДКОВ**
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане:

№ по ред	Име: собствено.бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
7.	ОГНЯН ИВАНОВ		БРАТ ЕДНОУТРОБЕН	----------

Удостоверението е издадено на основание чл. 15, ал. 1 от Наредбата за издаване на удостоверения въз основа на регистъра на населението

Длъжностно лице: РОСИЦА ГОЧЕВА
име: со

Подпис и печат: