

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
04.07.2012 № 400
(у редакції наказу Міністерства
соціальної політики України
26.07.2016 № 822)

ЗАМОВЛЕННЯ*
на виготовлення протезно-ортопедичного виробу № _____

Дата заповнення _____ До картки протезування № _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження / вік _____

3. Місце проживання (фактичне) _____

4. Контактний телефон _____

5. Електронна адреса (e-mail) _____

6. Пільгова категорія _____

7. Причина інвалідності _____

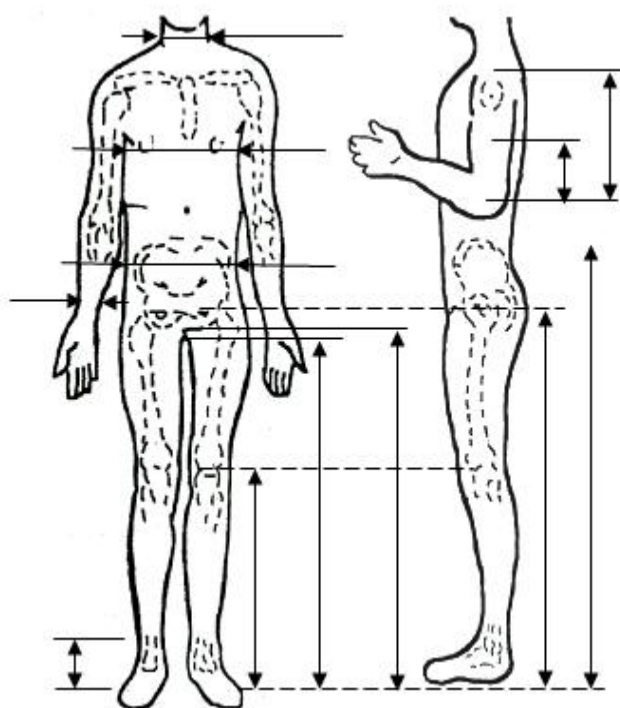
8. Діагноз _____

9. Супутні захворювання, ускладнення

10. Вага пацієнта _____

11. Зріст пацієнта _____

12. Ступінь функціональних
можливостей особи з порушеннями
функцій нижніх кінцівок _____



13. Вимоги до функціональних властивостей виробу (для осіб з порушеннями функцій верхніх кінцівок) _____

14. Призначення лікаря _____

15. Технологія _____

Лікар _____
(прізвище, ініціали) (підпис)Технік _____
(прізвище, ініціали) (підпис)Із призначенням ознайомлений(а) _____
(прізвище, ініціали замовника) (підпис)

Назва виробу _____

Шифр _____

Особливості виготовлення _____

Дата передання виробу у виробництво _____

Строк примірки _____

Комплектуючі та матеріали

Найменування	Шифр	Одиниця виміру	Кількість	Підпис, дата
1	2	3	4	5

Технологічний процес

Технологічні операції	Дата передання	Підпис відповідальної особи
1	2	3

Примірки

Дата виклику на примірку	Дата примірки	Результат примірки	Зауваження пацієнта	Заходи з усунення недоліків	Підпис
1	2	3	4	5	6

Дата виготовлення виробу _____

Дата запрошення для одержання виробу _____

Відмітка медичного контролю _____

Відмітка технічного контролю _____

Вартість виробу _____ грн _____ коп.

(вартість виробу словами)

Оплата: реєстр. № _____ від _____ 20__ року

Примітки: _____

Виріб отримав(ла), претензій не маю: _____
(прізвище, ініціали одержувача) (підпис) (дата)

Зауваження, пропозиції, побажання пацієнта: _____

Інспектор з обліку замовлень _____
(інша відповідальна особа) (прізвище, ініціали) (підпис) (дата)

* Обробка персональних даних проводиться відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

**Директор Департаменту
соціального захисту інвалідів**

О. Полякова

{Форма в редакції Наказів Міністерства соціальної політики № 765 від 14.10.2014, № 822 від 26.07.2016}