

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
соціальної політики України
28 травня 2021 року № 278

АНКЕТА* № _____
на виготовлення (забезпечення) допоміжних засобів для особистої гігієни

Дата _____ До особової картки особи № _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) _____

2. Дата народження _____, стать: ☐ чоловіча ☐ жіноча

3. Працюючий(а): ☐ так ☐ ні

4. Місце проживання/перебування (фактичне) _____

5. Контактні телефони _____

6. Електронна адреса _____

7. Зріст _____

8. Вага _____

9. Обмеження функцій

Показання для призначення	Крісло-стілець без коліс	Крісло-стілець на колесах	Туалетна опора для рук і туалетна опора для спини	Сидіння-вставка для унітаза	Сидіння для ванни, сидіння для душу	Східці, підставка для ванни	Стілець, табурет
Необхідність додаткової стабільності та зручності при задоволенні природних потреб поза ванною кімнатою	+	+	-	-	-	-	-
Необхідність додаткової стабільності та зручності при задоволенні природних потреб поза ванною кімнатою та переміщення особи в межах приміщення	-	+	-	-	-	-	-
Необхідність додаткової стабільності при користуванні унітазом	-	-	+	-	-	-	-
Необхідність підвищення висоти сидіння при користуванні унітазом	-	-	-	+	-	-	-
Необхідність додаткової стабільності при здійсненні санітарно-гігієнічних процедур користувачем у сидячому положенні у ванній кімнаті чи	-	-	-	-	+	-	-

душовій кабіні							
Забезпечення можливості самостійного переміщення до ванни	-	-	-	-	-	+	-
Необхідність додаткової стабільності при здійсненні санітарно-гігієнічних процедур користувачем у сидячому положенні у душовій кабіні	-	-	-	-	-	-	+

10. Умови (особливості) використання

Показання для призначення	Складаний засіб	Регулюється за висотою	Наявна спинка	Регулюється за шириною	Наявні поручні	Наявні підлокітники
Необхідність частого транспортування	+	-	-		-	-
Необхідність використання в різних приміщеннях з меблями та санітарними приладами різної висоти, необхідність підгонки під антропометричні розміри користувача	-	+	-	-	-	-
Нестабільність постави та необхідність підтримки тулуба під час здійснення гігієнічних процедур	-	-	+	-	-	-
Необхідність використання в різних приміщеннях з різними сантехнічними приладами різної висоти та розмірів	-	-	-	+	-	-
Нестабільність постави та необхідність підтримки тулуба під час переміщення до ванни	-	-	-	-	+	-
Нестабільність постави та необхідність підтримки верхніх кінцівок під час прийняття гігієнічних процедур у душовій кімнаті	-	-	-	-	-	+

11. Конструктивні особливості допоміжних засобів для особистої гігієни:

виготовлені зі сталі;

виготовлені з алюмінієвого сплаву;

виготовлені із пластику.

12. Найменування виробу _____

Своїм підписом цієї анкети я засвідчую, що надав(ла) правдиві дані у повному обсязі. Анкету заповнено з моїх слів правильно. З підбором допоміжних засобів для особистої гігієни відповідно до моїх функціональних можливостей згоден(на). Інструктаж з техніки безпеки та експлуатації

прослухав(ла).

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Лікар / фахівець із фізичної реабілітації

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

(підпис)

Особа з інвалідністю / постраждалий внаслідок антитерористичної операції / законний представник дитини з інвалідністю / уповноважена особа

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

(підпис)

Працівник підприємства,
відповідальний за оформлення
анкети

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

(підпис)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

**Генеральний директор
Директорату соціального
захисту прав осіб з інвалідності**

О Полякова