

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

ЗАМОВЛЕННЯ* № _____
на ортези на хребет

Дата _____

До особової картки особи № _____

Загальні відомості про особу

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

Дата народження _____

Місце проживання/перебування (фактичне) _____

Контактні телефони _____ Електронна адреса _____

Стать: ☐ чоловіча ☐ жіноча Зріст _____ см Вага _____ кг

Соціальний статус: ☐ дитина до 18 років ☐ дитина з інвалідністю
☐ студент ☐ працюючий
☐ військовослужбовець ☐ непрацюючий
☐ пенсіонер

Інформація про попереднє користування ортезом на хребет і лікування патології

Клінічний стан:

☐ больовий синдром ☐ деформація ☐ порушення обсягу рухів
☐ інше (зазначити) _____

Тип деформації за анатомічною класифікацією:

☐ шийний ☐ шийно-грудний ☐ грудний
☐ грудно-поперековий ☐ поперековий ☐ комбінований

кут деформації за Кобом, у градусах _____ тест Ріссера _____

Стан шкіри: ☐ у нормі ☐ висип ☐ родимки

Неврологічний стан:

☐ без особливостей ☐ порушення чутливості

☐ інше (зазначити) _____

Спосіб пересування:

☐ самостійно ☐ з додатковою опорою ☐ у кріслі колісному

Примітки _____

Мета ортезування / виконувана функція ортезів

стосовно деформації: ☐ запобігання
☐ зменшення
☐ стабілізація невиправної деформації
стосовно м'язової активності: ☐ компенсація слабкої м'язової активності
☐ контроль гіперфункції м'язів
стосовно рівня навантаження: ☐ зменшення
☐ перерозподіл

Висновок лікаря щодо призначення підвиду ортеза певної функціональності _____

Найменування виробу _____

Шифр виробу _____

Лікар _____
(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ) (підпис)

Технік _____
(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ) (підпис)

Із призначенням ознайомлений(а) _____
(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ замовника) (підпис)

Дата передання виробу у виробництво _____

Комплектувальні вироби та матеріали

Найменування	Одиниця виміру	Кількість	Підпис, дата
1	2	3	4

Примірки

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

Дата виготовлення виробу _____

Дата запрошення для отримання виробу _____

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.

Виріб отримав(ла), претензій не маю _____
(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ одержувача) (підпис) (дата)

Зауваження, пропозиції, побажання замовника _____

Керівник підприємства
(інша уповноважена особа)

(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

(дата)

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

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

О. Полякова