

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

ЗАМОВЛЕННЯ* № _____
на ортопедичне взуття

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. Контур сліду (додається)

	№ з/п	Розміри стопи, мм	Права	Ліва
	1	Довжина стопи		
	2	Обхват пучків		
	3	Висота підйому пальців		
	4	Обхват прямого підйому		
	5	Обхват косого підйому		
	6	Висота берців		
	7	Обхват гомілки над щиколотками на висоті (вказати висоту)		
	8	Обхват гомілки на висоті берців		
	9	Висота жорстких берців		
	10	Висота медіальної щиколотки		
	11	Висота латеральної щиколотки		
	12	Абсолютна різниця довжини ніг		
13	Функціональна різниця довжини ніг			

8. Призначення лікаря _____

Вид взуття залежно від діагнозу та функціональних порушень:

K4 □ K5 □ K6 □ K7 □ K8 □ K9 □ K10 □
K13 □ K14 □ K15 □ K16 □ K17 □ K18 □

9. Метод кріплення _____

Рант: до п'яткової частини взуття, круговий _____

Підкладка: вовняна, байкова, шкіripідкладка, з хутра штучного із натуральних волокон, з хутра натурального _____

Матеріали верху: шкіра хромована, шевро _____

Матеріали низу: шкіра для низу взуття, мікрочарункова гума, формована підошва (ТЕП, ПУ) шкірволон _____

Колір взуття: чорний, коричневий, беж, інший _____

Підбори: шкіряні, дерев'яні, мікрочарункові, формовані _____

Висота підбора _____ мм

Форма носкової частини взуття (вузька, середня, широка) _____

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

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

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

10. Найменування виробу _____

11. Дата передання у виробництво _____

12. 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 _____

Дата запрошення для отримання _____

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 ПРИЗВИЩЕ) (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