

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
04 липня 2012 року № 400

ЗАМОВЛЕННЯ*
на виготовлення ортопедичного взуття № _____

дата _____

до картки протезування № _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження _____

3. Працюючий(а) _____
(так/ні)

4. Місце проживання _____

5. Контактний телефон _____

6. Адреса електронної пошти (e-mail) _____

7. Паспорт: серія _____ № _____, виданий _____

(ким, дата)

8. Свідоцтво про народження: серія _____ № _____, видано _____

(ким, дата)

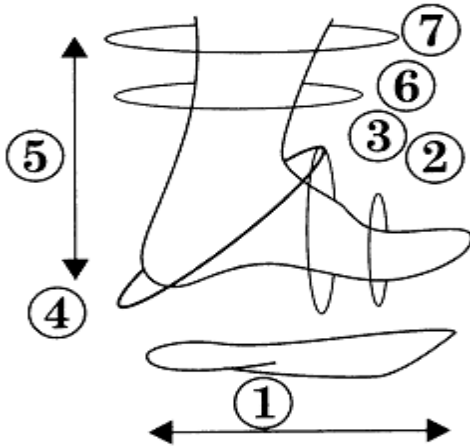
9. Пільгова категорія _____

10. Причина інвалідності _____ група інвалідності _____

11. Діагноз за МКХ-10 _____

12. Супутні захворювання, ускладнення _____

13. Контур сліду (додається)



№	Обмір 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		

14. Призначення лікаря _____

15. Метод кріплення _____

Рант: до п'яtkової частини взуття, круговий _____

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

Матеріали верху: шкіра хромова, шевро _____

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

Колір взуття: чорний, коричневий, беж, інше _____

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

Висота каблука _____ мм

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

Лікар: _____
(прізвище, ініціали) (підпис)Технік: _____
(прізвище, ініціали) (підпис)16. З призначенням ознайомлений(а): _____
(прізвище, ініціали замовника) (підпис)

17. Вид виробу _____

18. Шифр _____

19. Особливості виготовлення _____

20. Дата передачі у виробництво _____

Строк примірки _____

21. Основні комплектуючі та матеріали:

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

22. Технологічний процес:

Технологічні операції	Дата передачі		Підпис відповідальної особи	
	права півпара	ліва півпара	права півпара	ліва півпара
1	2	3	4	5

23. 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 _____

Відмітка медичного контролю: _____

Відмітка технічного контролю: _____

Вартість виробу _____ грн. _____ коп.

(вартість виробу прописом)

Оплата: реєстр № _____ від _____ 20__ р.

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 здійснюється відповідно до закону „Про захист персональних даних”.

**Директор Департаменту
соціального захисту інвалідів****О. Полякова**