|  |
| --- |
| УТВЕРЖДЕНО  Приказ Министерства труда и социальной политики Донецкой Народной Республики  от 15. 09. 2015 года № 67/2 |

**КАРТА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ\* № \_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. |  |
| 1. Фамилия, имя, отчество  2. Дата рождения  3. Пол  4. Адрес регистрации:  5. Адрес фактического проживания:  6. Контактный телефон:  7. Адрес электронной почты (e-mail)  8. Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_ выданный    (кем, дата)  9. Свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдано    (кем, дата)  10. Пенсионное удостоверение: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдано    (кем, дата)  11. Льготная категория:  12. Причина инвалидности:  13. Группа инвалидности :  14. Данные о трудовой деятельности: место работы (при наличии):    15. Диагноз:  16. Сопутствующие заболевания:    17. Анамнез (коротко, с указанием дат, указать характер травмы или заболевания, которые привели к ампутации или другой патологии, проведенное лечение, место и дата получения первичной протезно-ортопедической помощи и пр.)      18. Объективные данные общего состояния пациента, в том числе общее состояние опорно-двигательного аппарата:      19. Объективные данные патологического сегмента на время первичного обращения    20. Заключение врача о предоставлении протезно-ортопедической помощи, видов протезно-ортопедических изделий, лечение, наличие противопоказаний и пр.     |  |  | | --- | --- | | **Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.** | | **Подпись инспектора по учету \_\_\_\_\_\_\_\_  (уполномоченного лица)** | **\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.** |     21. Данные об изготовлении и ремонте протезно-ортопедических изделий, обеспечение средствами реабилитации   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата, номер заказа | Название и шифр средства реабилитации | Примерка, выдача или ремонт средства реабилитации | Отметка о выдаче руководства по эксплуатации | Количество изделий, единиц (для обуви - пар) | Подпись инвалида, другого лица или законного представителя | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   **\*** Обработка персональных данных осуществляется согласно Закона Донецкой Народной Республики «О персональных данных». | |

**Директор департамента**

**по вопросам ветеранов,**

**инвалидов и других категорий А.А. Пискарева**