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

**ЗАКАЗ\* № \_\_\_\_\_\_\_  
 на изготовление протезно-ортопедического изделия**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. | к карте протезирования № |
| 1. Фамилия, имя, отчество  2. Дата рождения  3. Работающий(ая)  (да/нет, при необходимости указать место работы)  4. Адрес фактического проживания:  5. Адрес регистрации:  7. Адрес электронной почты (e-mail)  8. Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданный    (кем, дата)  9. Свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ выдано    (кем, дата)  10. Льготная категория | |
| **http://document.ua/idoc/110255_5.gif** | 11. Причина инвалидности    группа инвалидности   1. 12. Диагноз по МКБ-10 2. 13. Сопутствующие заболевания, осложнения       Вес пациента  Рост пациента  Степень мобильности  Уровень двигательной нагрузки    (для пользователей протезов нижних конечностей) |
| Уровень функциональных и косметических свойств    (для пользователей протезов верхних конечностей)  Назначение врача  Технология  Функциональность   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Врач: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, инициалы) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | Техник: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | **С назначением ознакомлен(а):** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, инициалы заказчика) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |   **Название изделия**  Шифр  Особенности изготовления  Дата подачи в производство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Срок примерки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Комплектующие и материалы:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование | Шифр | Единица измерения | Кол-во | Подпись дата | |  |  |  |  |  | | |  | **Технологический процесс:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Технол-ские операции | Дата передачи | Подпись ответс-ного лица |  | |  |  |  | |   **Примерки:**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата вызова на примерку | Дата примерки | Результат примерки | Замечание пациента | Мероприятия по устранению недостатков | Подпись | |  |  |  |  |  |  |   Дата изготовления изделия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи изделия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отметка медицинского контроля \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отметка технического контроля: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Стоимость изделия \_\_\_\_\_\_\_руб. \_\_\_\_\_ коп.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (стоимость изделия прописью)  Оплата: реестр N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  Примечания:       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Изделие получил(ла), претензий не имею:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, инициалы получателя) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (подпись) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (дата) |   Замечания, предложения, пожелания пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Инспектор по учету заказов  (другое ответственное лицо) | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_*  (фамилия, инициалы, подпись) (дата) |  | *\_\_\_\_ (дата)* | |   \*Обработка персональных данных осуществляется согласно Закона Донецкой Народной Республики «О персональных данных». | |

**Директор департамента**

**по вопросам ветеранов,**

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