|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДЕНОПриказ Министерства труда и социальной политики Донецкой Народной Республикиот 15. 09. 2015 года № 67/2 |

#  ЗАКАЗ\* № \_\_\_\_\_\_\_

# на изготовление ортопедической обуви

#  \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. к карте протезирования №

1. Фамилия, имя, отчество

2. Дата рождения

3. Работающий(ая)

 (да/нет, при необходимости указать место работы)

4. Адрес регистрации:

5. Адрес фактического проживания:

6. Контактний телефон:

7. Адрес электронной почты (е-mail)

8. Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выданный

 (кем, дата)

9. Свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ выдано

 (кем, дата)

10. Льготная категория

11. Причина инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группа инвалидности

12. Диагноз по МКБ-10

13. Сопутствующие заболевания, осложнения

14. Контур следа (прилагается)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Размер стопы, мм.** | **Правая** | **Левая** |
| **1** | Длина стопы |  |  |
| **2** | Обхват пучков |  |  |
| **3** | Высота подъема пальцев |  |  |
| **4** | Обхват прямого подъема |  |  |
| **5** | Обхват косого объема |  |  |
| **6** | Высота берцев |  |  |
| **7** | Обхват голени над щиколотками по высоте(указать высоту) |  |  |
| **8** | Обхват голени по высоте берцев |  |  |
| **9** | Высота жестких берцев |  |  |
| **10** | Высота медиальной щиколотки |  |  |
| **11** | Высота латеральной щиколотки |  |  |
| **12** | Абсолютная разница длины ног |  |  |
| **13** | Функциональная разница длины ног |  |  |



15.Назначение врача

16. Метод крепления

Рант: в пяточной части обуви, круговой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подкладка: шерстяная, байковая, кожаная, из искусственного меха с натуральными волокнами, из меха натурального

Материалы верха: кожа хромовая, шевро

Материалы низа: кожа для низа обуви, микропористая резина, формованная подошва (ТЕП, ПУ) кожвалон

Цвет обуви: черный, коричневый, беж, другой

Каблуки: кожаные, деревянные, микропористые, формованные

Высота каблука \_\_\_\_\_\_\_ мм

Форма носовой части обуви (узкая, средняя, широкая)

*Врач*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, инициалы)(подпись)

*Техник*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, инициалы) (подпись)

|  |
| --- |
| 17. С назначением ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы заказчика) (подпись) |

18. Вид изделия

19. Шифр

20. Особенности изготовления

21. Дата передачи в производство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата примерки

**22. Основные комплектующие и материалы:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | Шифр | Единица измерения | Количество | Подпись, дата |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|
|  |  |  |  |  |
|

**23. Технологический процесс:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Технологические операции | Дата передачи | Подпись ответственного лица |
|
| 1 | праваяполупара | левая полупара | праваяполупара | левая полупара |
| 2 | 3 | 4 | 5 |

**24. Примерки:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата вызова на примерку | Дата примерки | Результат примерки | Замечания пациента | Меропреятия по устранению недостатков | Подпись  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Дата изготовления изделия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата вызова для получения изделия

Отметка медицинского контроля:

Отметка технического контроля:

Стоимость изделия \_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

(стоимость изделия прописью)

Оплата: реестр № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Примечания:

|  |
| --- |
| **Изделие получил (а), претензий не имею** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы получателя) (подпись) \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.  Замечания, предложения, пожелания пациента:   |

Инспектор по учету заказов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(другое ответственное лицо) (фамилия, инициалы) (подпись)

\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

\*Обработка персональных данных осуществляется согласно Закона Донецкой Народной Республики

 «О персональных данных».

**Директор департамента**

**по вопросам ветеранов,**

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