

ВИСНОВОК
про необхідність забезпечення особи з обмеженнями повсякденного
функціонування допоміжними засобами реабілітації (технічними та
іншими засобами реабілітації) № _____

Сформований _____
(найменування суб'єкта, що сформував висновок із зазначенням
найменування закладу охорони здоров'я, в якому він функціонує,
коду згідно з ЄДРПОУ)

Пацієнт _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

Дата народження _____
(число, місяць, рік)

Стать _____

Документ, що посвідчує особу _____
(паспорт громадянина України, тимчасове

_____ посвідчення громадянина України, посвідка на постійне проживання, посвідчення біженця,

_____ посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту,

_____ свідоцтво про народження (для дітей віком до 14 років),

_____ свідоцтво про народження іноземного зразка (зазначити необхідне)

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) _____

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (не зазначається для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків)

Номер телефону _____

Зареєстроване/заявлене місце проживання (перебування) пацієнта _____

_____ (область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)

Адреса, за якою фактично проживає (перебуває) пацієнт _____
(область, район,

_____ населений пункт, вулиця, будинок, квартира)

Родичі пацієнта або його законні представники _____

_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), родинний зв'язок, адреса, номер телефону)

Внаслідок хвороби _____
(коди згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, пов'язані з обмеженням повсякденного функціонування)

Результати функціонального обмеження повсякденного функціонування

(перелік кодів Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (заповнюється за наявності інформації про попередню оцінку згідно із зазначеною Міжнародною класифікацією)

Висновок: відповідно до реабілітаційного обстеження фахівця _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), спеціальність фахівця)

від _____ 20____ р. призначено допоміжний засіб реабілітації _____

(назва допоміжного засобу реабілітації залежно від потреби особи (пацієнта), зокрема з урахуванням антропометричних даних. У разі прийняття рішення мультидисциплінарною реабілітаційною командою про забезпечення протезами кінцівок інформацію про допоміжний засіб реабілітації вносить виключно протезист/ортесист)

Допоміжний засіб реабілітації призначено:

- ☐ вперше;
- ☐ на заміну

(у зв'язку із закінченням строку експлуатації виробу/викраденням/пошкодженням внаслідок дій непереборної сили/зміною показань/проживанням безпосередньо в районах та у період проведення воєнних (бойових) дій або в районах, що піддавалися бомбардуванням, авіаударам та іншим збройним нападам під час військової агресії Російської Федерації проти України (зазначити необхідне)

Код згідно з ДСТУ EN ISO 9999:2021 (EN ISO 9999:2016, IDT; ISO 9999:2016, IDT) допоміжного засобу реабілітації _____

Найменування виробу (засобів реабілітації) _____

(клас, підклас, вид, підвид)

_____ (клас, підклас, вид, підвид)

_____ (клас, підклас, вид, підвид)

_____ (клас, підклас, вид, підвид)

_____ (клас, підклас, вид, підвид)

та/або варіанти виготовлення засобу реабілітації залежно від потреб особи (пацієнта)

Дата формування висновку _____

Фахівці, які сформувавши висновок:

_____ (найменування посади/спеціальності)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))
_____ (найменування посади/спеціальності)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))
_____ (найменування посади/спеціальності)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

{Додаток в редакції Постанови КМ № 1306 від 07.12.2023}