Додаток 1
до Порядку призначення медичних виробів
та допоміжних засобів реабілітації
(пункт 3 розділу 1)

Запит
на медичний виріб / допоміжний засіб реабілітації

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи-підприємця (далі - ФОП)_____
_____

Місцезнаходження закладу охорони здоров'я або ФОП_____
_____

Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків
_____

Дата прийняття та реєстраційний номер рішення про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики_____
_____

Запит № _____
Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) та вік пацієнта
_____

За повну вартість	
Безоплатно	Джерело фінансування_____
З доплатою	Джерело фінансування_____

Найменування виробу	Код *	Кількість	Характеристики

_____ _____ «___» _____20___р.
Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) медичного працівника — Підпис та печатка ** (за наявності) — Дата

*Призначення для медичних виробів здійснюється з використанням Національного класифікатора НК 024:2023 «Класифікатор медичних виробів», затвердженого наказом Міністерства економіки України від 24 травня 2023 року № 4139. Призначення допоміжних засобів реабілітації здійснюється з використанням Довідника допоміжних засобів реабілітації, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 вересня 2025 року № 511.

.

** Паперовий запит, що виписується лікарем, засвідчується підписом та особистою печаткою лікаря (за наявності).