ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
12 лютого 2013 року № 109
(у редакції наказу
Міністерства
охорони здоров'я України
від 13 листопада 2024 року
№ 1902)

Автономна Республіка Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій

Найменування та місцезнаходження (поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де видається медичний виріб та інший засіб

_____

_____

Код за ЄДРПОУ: _____

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 169-1/о

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

									№				

Відомість
для забезпечення особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю та визначених категорій осіб медичними виробами та іншими засобами
«____» _____ 20___ року

_____,
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, визначених категорій осіб)
дата народження _____, паспорт, або свідоцтво про народження, або довідка із слідчого ізолятора чи установи виконання покарань, або посвідчення про взяття на облік (для бездомних осіб): серія _____, № _____, ким та коли виданий: _____
фактичне місце проживання: _____
дані щодо реєстрації місця проживання: _____
номер мобільного телефону (за наявності) _____ електрона пошта (за наявності) _____
дата чергового огляду (переогляду) медико-соціальною експертною комісією або лікарсько-консультативною комісією "_____"_____20____ року.
Забезпечення:

Дата отримання медичного виробу та іншого засобу	Найменування медичного виробу та іншого засобу	Кількість медичних виробів та інших засобів, одиниць	Вартість медичного виробу та іншого засобу, грн	Підпис особи, що видала медичний виріб та інший засіб	Підпис особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю та визначеної категорії осіб або їх законного представника, про отримання медичного випробу та іншого засобу
1	2	3	4	5	6

Посадова особа (підпис) **Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ**
М.П. (за наявності)

В.о. директора Департаменту медичних послуг **Євгеній ГОНЧАР**