

ВИСНОВОК

щодо забезпечення спеціальним виробом для занять спортом

(найменування закладу охорони здоров'я, реабілітаційної установи)

(дані про відповідну кваліфікаційну підготовку фахівця)

(прізвище, ім'я, по батькові учасника операції, який втратив функціональні можливості кінцівок та потребує забезпечення спеціальним виробом для занять спортом (далі - учасник операції))

(дата народження, місце проживання/перебування учасника операції)

(діагноз учасника операції)

1. Інформація про проведене оцінювання функціональних можливостей учасника операції з порушеннями:

функцій нижньої кінцівки/кінцівок _____

функцій верхньої кінцівки/кінцівок _____

2. Інформація про медичні показання/протипоказання для занять _____

(вид спорту)

за станом опорно-рухового апарату та кукси без обмежень для використання спеціального виробу _____

3. Висновок

_____ показано використання спеціального виробу
(прізвище та ініціали учасника операції)

для занять _____

(вид спорту)

МП

Керівник закладу охорони здоров'я, реабілітаційної установи

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

_____ 20__ року

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини/лікар-ортопед-травматолог (необхідне підкреслити)

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

_____ 20__ року

{Порядок доповнено додатком згідно з Постановою КМ № 515 від 05.06.2019; в редакції Постанови КМ № 1053 від 04.11.2020}