

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
12 лютого 2013 року № 109

Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурний підрозділ з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації № 169/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">1</td><td style="padding: 2px 5px;">2</td><td style="padding: 2px 5px;">0</td><td style="padding: 2px 5px;">2</td><td style="padding: 2px 5px;">0</td><td style="padding: 2px 5px;">1</td><td style="padding: 2px 5px;">3</td> </tr> </table> № <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">1</td><td style="padding: 2px 5px;">0</td><td style="padding: 2px 5px;">9</td> </tr> </table>	1	2	0	2	0	1	3	1	0	9
1	2	0	2	0	1	3					
1	0	9									

**КАРТКА
забезпечення технічними та іншими засобами**

_____, дата народження _____,
(П.І.Б. інваліда, дитини-інваліда)

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: _____

дата повторного огляду (переогляду) медико-соціальною експертною комісією або лікувально-консультативною комісією " _____ " _____ 20 _____ року.

Забезпечення:

Дата отримання технічного та іншого засобу	Найменування технічного та іншого засобу	Кількість та інших засобів (одиниць)	Найменування закладу охорони здоров'я, що видав технічний та інший засіб
1	2	3	4