

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

<p>Автономна Республіка Крим, структурний підрозділ з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій</p> <p>Найменування та місцезнаходження (поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де видається технічний та інший засіб</p>	<p style="text-align: center;"><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації</p> <p style="text-align: center;"><b>№ 169-1/о</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p style="text-align: center;">Наказ МОЗ України</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="width: 20px; text-align: center;">№</td><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">9</td></tr></table>	1	2	0	2	2	0	1	3	№	1	0	9
1	2	0	2	2	0	1	3	№	1	0	9		
<p><b>ВІДОМІСТЬ</b> <b>для забезпечення інваліда, дитини-інваліда технічними та іншими засобами</b> <b>« ____ » _____ 20 ____ року</b></p>													
<p>_____, дата народження _____, (П.І.Б. інваліда або законного представника 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: _____</p> <p>фактичне місце проживання: _____</p> <p>дані щодо реєстрації місця проживання: _____</p> <p>дата чергового огляду (переогляду) медико-соціальною експертною комісією або лікувально-консультативною комісією " ____ " ____ 20 ____ року.</p> <p>Забезпечення:</p>													

Дата отримання технічного та іншого засобу	Найменування технічного та іншого засобу	Кількість технічних та інших засобів, одиниць	Вартість технічного та іншого засобу, грн	Підпис особи, що видала технічний та інший засіб	Підпис інваліда або законного представника інваліда, дитини-інваліда про отримання
1	2	3	4	5	6
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>М.П.</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>_____</p> <p>(підпис керівника)</p> </div> </div>					