



БЛАНК ЗАКАЗА  
НА ПОДБОР И АДАПТАЦИЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА



ИНФОРМАЦИЯ О СПЕЦИАЛИСТЕ, КОТОРЫЙ РЕКОМЕНДУЕТ ТЕХНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО	ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ
Организация, специальность	Дата рождения
Имя	Имя, Фамилия
Рабочий адрес	Адрес
Телефон/факс	Контактное лицо (родители или ухаживающие)
E-mail (если есть)	Телефон

<b>ГДЕ ПЛАНИРУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТЕХНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО</b>	<input type="checkbox"/> дома <input type="checkbox"/> в школе <input type="checkbox"/> в детском саду <input type="checkbox"/> в центре дневного пребывания <input type="checkbox"/> другое (уточнить что) _____
<b>Рекомендованное тех. средство:</b> <input type="checkbox"/> ходунки (переднеопорные/заднеопорные) <input type="checkbox"/> устройство для тренировки ходьбы <input type="checkbox"/> столик для ходьбы <input type="checkbox"/> вертикализатор <input type="checkbox"/> пояс для поддержки <input type="checkbox"/> костыли (с одной точкой опоры/с несколькими точками опоры) <input type="checkbox"/> другое (уточнить что) _____	
<b>Тех. средство:</b> <input type="checkbox"/> новое <input type="checkbox"/> имеется у ребенка	
<b>Цель использования вспомогательного средства</b> (например, тренировка ходьбы, безопасное перемещение дома или на улице и т.д.) _____	
<b>Какими ортопедическими средствами пользуется ребенок</b> _____	

<b>Диагноз ребенка:</b> _____
----------------------------------

**Анатомические измерения**

От шиловидного отростка до пола справа \_\_\_\_\_ слева \_\_\_\_\_  
От согнутого локтя до пола справа \_\_\_\_\_ слева \_\_\_\_\_  
От промежности до пола \_\_\_\_\_  
От подмышки до пола справа \_\_\_\_\_ слева \_\_\_\_\_