

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 31 июля 2008 г. N 370н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, О НУЖДАЕМОСТИ
ВETERАНА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОТЕЗАМИ (КРОМЕ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ),
ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ
И ПОРЯДКА ЕЕ ЗАПОЛНЕНИЯ**

В соответствии с [пунктом 2](#) Правил обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2008 г. N 240 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, N 15, ст. 1550), приказываю:

1. Утвердить:

[форму N 88-1/у](#) "Заключение врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями" согласно приложению N 1;

[порядок](#) заполнения формы N 88-1/у "Заключение врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями" согласно приложению N 2.

2. Настоящий Приказ вступает в силу с 1 октября 2008 г.

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение N 1
к Приказу
Минздравсоцразвития России
от 31 июля 2008 г. N 370н

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Медицинская документация
Форма N 88-1/у

Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 31 июля 2008 г. N 370н

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, О НУЖДАЕМОСТИ ВETERАНА
В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОТЕЗАМИ (КРОМЕ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ),

ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ

№ _____ от "___" _____ 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество: _____
2. Дата рождения: _____
3. Адрес места жительства, места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации (указываемое подчеркнуть): _____
4. Контактные телефоны ветерана: _____
5. Документ, подтверждающий отношение гражданина к категории ветеранов: наименование документа _____ серия _____ № _____ кем выдан _____ дата выдачи _____

Наименование рекомендованного протеза, протезно-ортопедического изделия	Исполнитель рекомендаций	Отметка о выполнении рекомендации

С содержанием заключения согласен _____
 (подпись ветерана или лица, представляющего его интересы)
 _____ (расшифровка подписи)
 (нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии
 медицинской организации,
 оказывающей лечебно-профилактическую помощь _____
 _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Приложение № 2
 к Приказу
 Минздравсоцразвития России
 от 31 июля 2008 г. № 370н

**ПОРЯДОК
 ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМЫ № 88-1/У "ЗАКЛЮЧЕНИЕ
 ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ
 ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, О НУЖДАЕМОСТИ ВЕТЕРАНА
 В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОТЕЗАМИ (КРОМЕ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ),
 ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ"**

1. Форма № 88-1/у "Заключение врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, о нуждаемости ветерана в обеспечении

протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями" (далее - заключение) заполняется на основании поданного во врачебную комиссию заявления ветерана или лица, представляющего его интересы, и выдается ветерану.

2. При заполнении заключения:

а) в **строках** "наименование медицинской организации" и "адрес" делается запись о наименовании и адресе медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, врачебной комиссией которой выдается заключение;

б) в **строке** "N ____ от "___" _____ 20__ г." указываются порядковый номер заключения, соответствующий порядковому номеру в журнале учета выдачи заключений, и дата выдачи заключения;

в) в **пункте 1** указываются фамилия, имя, отчество ветерана.

Фамилия, имя, отчество ветерана записываются полностью, без сокращений, в соответствии с документом, удостоверяющим личность;

г) в **пункте 2** указывается дата рождения ветерана (число, месяц, год);

д) в **пункте 3** указывается адрес места жительства ветерана по данным документа, удостоверяющего личность.

При отсутствии места жительства в Российской Федерации указывается адрес регистрации по месту пребывания по данным документа, удостоверяющего личность, другим документам, подтверждающим право на пребывание в Российской Федерации, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

При отсутствии у ветерана - гражданина Российской Федерации места жительства и места пребывания по его заявлению указывается фактическое место его проживания;

е) в **пункте 4** указываются контактные телефоны ветерана;

ж) в **пункте 5** указываются данные документа, подтверждающего отношение гражданина к категории ветерана;

з) в **таблице**:

в графе "Наименование рекомендованного протеза, протезно-ортопедического изделия" - виды протезов, протезно-ортопедических изделий, в которых нуждается ветеран в целях восстановления способности к бытовой, общественной и профессиональной деятельности;

в графе "Исполнитель рекомендаций" - соответствующий территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации;

в графе "Отметка о выполнении рекомендации" делается запись "выполнено" или "не выполнено" с указанием причин невыполнения определенным в качестве исполнителя территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации, подписывается ответственным лицом этого органа и заверяется печатью.

3. Заключение после ознакомления с ним подписывается ветераном (лицом, представляющим его интересы), председателем врачебной комиссии, подписи расшифровываются и заверяются печатью медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь ветерану.
