Зарегистрировано в Минюсте РФ 15 августа 2008 г. N 12129

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

ВЕТЕРАНА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОТЕЗАМИ (КРОМЕ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ),

ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ

И ПОРЯДКА ЕЕ ЗАПОЛНЕНИЯ

В соответствии с [пунктом 2](consultantplus://offline/ref=73E004FE090AEC40D2BE50051D4125707AD67F17DCFB2E7D6EBDD1F010984DA3D580B924B3981281i9o2N) 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](#P44) "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](#P107) 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинская документация

(наименование медицинской организации) Форма N 88-1/у

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена Приказом

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Минздравсоцразвития России

(адрес) от 31 июля 2008 г. N 370н

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, О НУЖДАЕМОСТИ ВЕТЕРАНА

В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОТЕЗАМИ (КРОМЕ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ),

ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ

N \_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

С содержанием заключения согласен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись ветерана или лица, (расшифровка

представляющего его подписи)

интересы)

(нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии

медицинской организации,

оказывающей лечебно-профилактическую

помощь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Приложение N 2

к Приказу

Минздравсоцразвития России

от 31 июля 2008 г. N 370н

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"

1. [Форма N 88-1/у](#P44) "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](#P37) "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](#P50) "N \_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г." указываются порядковый номер заключения, соответствующий порядковому номеру в журнале учета выдачи заключений, и дата выдачи заключения;

в) в [пункте 1](#P52) указываются фамилия, имя, отчество ветерана.

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

г) в [пункте 2](#P53) указывается дата рождения ветерана (число, месяц, год);

д) в [пункте 3](#P54) 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](#P57) указываются контактные телефоны ветерана;

ж) в [пункте 5](#P58) указываются данные документа, подтверждающего отношение гражданина к категории ветерана;

з) в [таблице](#P64):

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.