

# Медицинский заказ на пошив ортопедической обуви №\_\_\_\_\_

Дата " \_\_ " 202\_год

ФИО \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Арт:

Вид обуви	сандалии	п/ботинки	ботинки
Сезон	лето	зима	д/сезон

Телефон \_\_\_\_\_  
Мобил. \_\_\_\_\_

Материал верха \_\_\_\_\_  
Цвет \_\_\_\_\_  
Подклад \_\_\_\_\_

<b>Правая стопа</b>	
Длина	Ширина
Объемы: Пучки                    Лодыжка	
Косой взъем	
Компенсация укорочения : Подошва _____	



<b>Левая стопа</b>	
Длина	Ширина
Объемы: Пучки                    Лодыжка	
Косой взъем	
Стелька _____	

<b>Обувь</b>	
Твердый задник	_____
Каблук Томаса	_____
Берец	_____
Стабилизация: сзади	до пучков
снаружи	изнутри
Подносок:	твердый
Эластичные вставки верха	_____
Хирургическая раскрываемость	_____
Подошва:	ТЭП
Шнуровка	Велкро
Молния	_____

<b>Стелька</b>	
Каркасная	Бескаркасная
Материал:	
Выкладка сводов: продольный	поперечный
Пята:	
пронация	супинация
Пучки:	
пронация	супинация

<b>Примечания</b>	
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Специалист** \_\_\_\_\_

Данные в медзаказе верны, параметры подтверждают.

**Пациент** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Подпись) (Фамилия И.О.)

Дата " \_\_ " 202\_год