|  |
| --- |
| Наименование медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего Медицинскую деятельность) ООО Родильный дом N4 |
| адрес места нахождения: 367000. Россия, Республика Дагестан, город Махачкала, улица Магомеда Ярагского, д. 6 |
| Код по ОКПО 80429777  Номер и дата выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности Л00501000666 12.07.13г. |

|  |
| --- |
| Код формы по ОКУД 0601013  Медицинская документация  Учетная форма №103/У  Утверждена Приказом Минздрава России  от 13 октября 2021г. № 987н |

**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ**

**СЕРИЯ 82 № 202451**

**Дата выдачи «30»\_\_09\_\_2024 г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Рождение ребенка: число месяц год час мин.  **Мать** |  | **Ребенок** |
| 2. Фамилия, имя, отчество (при наличии):  проверка проверка проверка | 14. Фамилия ребенка  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Дата рождения: число месяц год | 15. Место рождения: |
| 4. Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина РФ серия проверка номер проверка | субъект Российской Федерации Республика Дагестан |
| район |
| кем и когда выдан ГЛАВНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ . . | город МАХАЧКАЛА |
| улица МАГОМЕДА ЯРАГСКОГО дом 6 |
| 5. СНИЛС проверка |
| 6. Полис ОМС проверка |  |
| 7. Регистрация по месту жительства (пребывания) | 16.Местность: Городская, Сельская |
| субъект Российской Федерации: ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА | 17.Роды произошли в стационаре - 1, дома - 2, |
| район Акушинский | в другом месте - 3, неизвестно - 4 |
| город Москва | 18.Пол: Мужской, Женский |
| населенный пункт проверка | 19.Масса тела ребенка при рождении:  проверкаг. |
| улица проверка дом проверка | 20.Длина тела ребенка при рождении: проверка см. |
| стр. проверка корп. проверка кв.проверка | 21.Ребёнок родился:  при одноплодных родах: - 1 |
|  |
| 8. Местность: Городская, Сельская |
| 9. семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в зарегистрированном браке - 2, неизвестно - 3 |
| 10. Образование: *профессиональное:* высшее - 1, | при многоплодных родах - |
| неполное высшее - 2, среднее профессиональное - 3, |  |
| *общее*: среднее - 4, основное - 5, начальное - 6;  не имеет начального образования - 7, неизвестно - 8 | которым по счёту - |
| 11. Занятость: работала - 1, | число родившихся - |
| проходила военную или приравненную к ней службу - 2;  студентка - 3; не работала - 4; прочее – 5 |  |
| 12. Срок первой явки к врачу (фельдшеру, акушерке) недель  13. который по счету ребенок был рожден у матери ) . |  |
|  |  |

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ № 103/У**

**СЕРИЯ 82 № 202451**

**Дата выдачи «30»\_\_09\_\_ 2024 г.**

1. Рождение ребенка: число месяц год час мин.

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии): проверка проверка проверка

3. Дата рождения: число  месяц год

4. Регистрация по месту жительства (пребывания) матери ребенка

субъект Российской Федерации ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

район Акушинский город Москва

населенный пункт проверка улица проверка

дом проверка стр. проверка корп. проверка кв проверка

5. Местность: Городская, Сельская

6. Пол: Мужской, Женский

22. Лицо, принимавшее роды:

врач - 1, фельдшер акушерка - 2 , другое лицо - 3

23. акушерка Чанкурбагандова Джамилат Багандалиевна

( должность медицинского работника заполнившего, (подпись) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)).

медицинское свидетельство о рождении)

**Руководитель медицинской организации,**

**индивидуальный предприниматель, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Арбуханов Магомед Абдулаевич**

**осуществляющий медицинскую деятельность**  (подпись) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)).

**(нужное подчеркнуть)**

**Печать**

**7.** Роды произошли:

в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3, неизвестно - 4.

8. акушерка Чанкурбагандова Джамилат Багандалиевна

( должность медицинского работника заполнившего, (подпись) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)).

медицинское свидетельство о рождении)

9. Получатель \_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(мать)

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) и отношение к ребенку))

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

Документ удостоверяющий личность получателя (вид, серия, номер, кем выдан)

СНИЛС получателя (при наличии) \_

«06»\_\_02\_\_2024 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)