|  |
| --- |
| 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 16 месяц 10 год 2024 час 11 мин. 11  **Мать** |  | **Ребенок** |
| 2. Фамилия, имя, отчество (при наличии):  еуые еуые еуые | 14. Фамилия ребенка  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Дата рождения: число 01 месяц 09 год 2024 | 15. Место рождения: |
| 4. Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина РФ серия еуые номер еуые | субъект Российской Федерации Республика Дагестан |
| Район |
| кем и когда выдан ГЛАВНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ 01.10.2024 | город МАХАЧКАЛА |
| улица МАГОМЕДА ЯРАГСКОГО дом 6 |
| 5. СНИЛС еуые |
| 6. Полис ОМС еуые |  |
| 7. Регистрация по месту жительства (пребывания) | 16.Местность: Городская, Сельская |
| субъект Российской Федерации: РЕСПУБЛИКА ДАГЕСТАН | 17.Роды произошли в стационаре - 1, дома - 2, |
| район Акушинский | в другом месте - 3, неизвестно - 4 |
| город Москва | 18.Пол: Мужской, Женский |
| населенный пункт еуые | 19.Масса тела ребенка при рождении:  еуыег. |
| улица еуые дом еуые | 20.Длина тела ребенка при рождении: еуые см. |
| стр. еуые корп. еуые кв.еуые | 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 16 месяц 10 год 2024 час 11 мин.11

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

3. Дата рождения: число 16 месяц 10 год 2024

4. Регистрация по месту жительства (пребывания) матери ребенка

субъект Российской Федерации РЕСПУБЛИКА ДАГЕСТАН

район Акушинский город Москва

населенный пункт еуые улица еуые

дом еуые стр. еуые корп. еуые кв еуые

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)