|  |
| --- |
| 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 03 месяц 10 год 2024 час 03 мин. 15  **Мать** |  | **Ребенок**  14. Фамилия ребенка  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  15. Место рождения:  субъект Российской Федерации Республика Дагестан  Район  город МАХАЧКАЛА  улица МАГОМЕДА ЯРАГСКОГО дом 6  16.Местность: Городская, Сельская  17.Роды произошли в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3, неизвестно – 4  18.Пол: Мужской, Женский  19.Масса тела ребенка при рождении:  еуыег.  20.Длина тела ребенка при рождении: еуые см.  21.Ребёнок родился:  при одноплодных родах: - 1  при многоплодных родах -  которым по счёту -  число родившихся - |
| 2. Фамилия, имя, отчество (при наличии):  еуые еуые еуые |
| 3. Дата рождения: число 10 месяц 10 год 2024 |
| 4. Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина РФ серия еуые номер еуые |
| 5. СНИЛС еуые |
| 6. Полис ОМС еуые |
| 7. Регистрация по месту жительства (пребывания) |
| субъект Российской Федерации: ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА |
| район Ахвахский |
| город Каспийск  населенный пункт еуые  улица еуые дом еуые  стр. еуые корп. еуые кв.еуые  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,  неполное высшее - 2, среднее профессиональное - 3,  *общее*: среднее - 4, основное - 5, начальное - 6;  не имеет начального образования - 7, неизвестно - 8  11. Занятость: работала - 1,  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 03 месяц 10 год 2024 час 03 мин.15

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

3. Дата рождения: число 03 месяц 10 год 2024

4. Регистрация по месту жительства (пребывания) матери ребенка

субъект Российской Федерации ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

район Ахвахский город Каспийск

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)