|  |
| --- |
| 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**  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:  г.  20.Длина тела ребенка при рождении: см.  21.Ребёнок родился:  при одноплодных родах: - 1  при многоплодных родах -  которым по счёту -  число родившихся - |
| 2. Фамилия, имя, отчество (при наличии):  Фамилия Имя Отчество |
| 3. Дата рождения: число месяц год |
| 4. Документ, удостоверяющий личность: серия номер |
| 5. СНИЛС |
| 6. Полис ОМС |
| 7. Регистрация по месту жительства (пребывания) |
| субъект Российской Федерации: |
| район |
| город  населенный пункт  улица  дом  стр.  корп.  кв.  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 месяц год час мин.

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии): Фамилия Имя Отчество

3. Дата рождения: число  месяц год

4. Регистрация по месту жительства (пребывания) матери ребенка

субъект Российской Федерации

район город

населенный пункт улица

дом стр. корп. кв

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, медицинское свидетельство о рождении) (подпись) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)).

**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, медицинское свидетельство о рождении) (подпись) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)).

9. Получатель Фамилия Имя Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (мать)

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

серия номер

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

СНИЛС получателя (при наличии)

«01»\_\_01\_\_2024 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)