|  |
| --- |
| 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 «{{dayNowB}}»\_\_{{monthNowB}}\_\_{{yearNowB}} г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Рождение ребенка: число {{childDateBirthDay}} месяц {{childDateBirthMonth}} год {{childDateBirthYear}} час {{childTimeBirthHour}} мин. {{childTimeBirthMin}}  **Мать** |  | **Ребенок**  14. Фамилия ребенка  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  15. Место рождения:  субъект Российской Федерации: Республика Дагестан  район:  город: МАХАЧКАЛА  улица: МАГОМЕДА ЯРАГСКОГО дом 6  16.Местность: {{area1}}, {{area2}}  17.Роды произошли в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3, неизвестно – 4  18.Пол: {{childSex1}}, {{childSex2}}  19.Масса тела ребенка при рождении:  {{childWeight}}г.  20.Длина тела ребенка при рождении: {{childLength}} см.  21.Ребёнок родился:  при одноплодных родах: - 1  при многоплодных родах -  которым по счёту -  число родившихся - |
| 2. Фамилия, имя, отчество (при наличии):  {{motherName}} |
| 3. Дата рождения: число {{motherBirthDateDay}} месяц {{motherBirthDateMonth}} год {{motherBirthDateYear}} |
| 4. Документ, удостоверяющий личность: {{docTypeU}} серия {{passportSerieU}} номер {{passportNumU}},  кем и когда выдан: {{passportOrgU}} {{passportDateU}} |
| 5. СНИЛС {{snilsNum}} |
| 6. Полис ОМС {{omsNum}} |
| 7. Регистрация по месту жительства (пребывания) |
| субъект Российской Федерации: {{subject}} |
| район: {{district}} |
| город: {{city}}  населенный пункт: {{locality}}  улица: {{street}} дом {{house}} стр. {{building}} корп. {{box}} кв.{{apartment}}  8. Местность: {{area1}}, {{area2}}  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 «{{dayNowB}}»\_\_{{monthNowB}}\_\_ {{yearNowB}} г.**

1. Рождение ребенка: число {{childDateBirthDay}} месяц {{childDateBirthMonth}} год {{childDateBirthYear}} час {{childTimeBirthHour}} мин.{{childTimeBirthMin}}

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии): {{motherName}}

3. Дата рождения: число {{childDateBirthDay}} месяц {{childDateBirthMonth}} год {{childDateBirthYear}}

4. Регистрация по месту жительства (пребывания) матери ребенка

субъект Российской Федерации: {{subject}}

район: {{district}} город: {{city}}

населенный пункт: {{locality}} улица: {{street}}

дом {{house}} стр. {{building}} корп. {{box}} кв {{apartment}}

5. Местность: {{area1}}, {{area2}}

6. Пол: {{childSex1}}, {{childSex2}}

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 {{motherNameFill}} (мать)

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

{{docType}} серия {{passportSerie}} номер {{passportNum}} выдан {{passportOrg}} {{passportDate}}

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

СНИЛС получателя (при наличии) {{snilsNum}}

«{{dayNow}}»\_\_{{monthNow}}\_\_{{yearNow}} г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)