|  |
| --- |
| 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 «06»\_\_02\_\_ 2024 г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Рождение ребенка: число undefined месяц  undefined год undefined час \_undefined\_ мин. undefined\_  **Мать** |  | **Ребенок** |
| 2. Фамилия, имя, отчество (при наличии): | 14. Фамилия ребенка  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Дата рождения: число \_­undefined\_ месяц ­undefined\_ год ­undefined\_ | 15. Место рождения: |
| 4. Документ, удостоверяющий личность:  серия undefined номер  undefined | субъект Российской Федерации Республика Дагестан |
| район |
| кем и когда выдан undefined undefined | город МАХАЧКАЛА |
| улица МАГОМЕДА ЯРАГСКОГО дом 6 |
| 5. СНИЛС undefined |
| 6. Полис ОМС undefined |  |
| 7. Регистрация по месту жительства (пребывания) | 16. Местность: undefined, undefined |
| субъект Российской Федерации: | 17. Роды произошли в стационаре - 1, дома - 2, |
| район undefined | в другом месте - 3, неизвестно - 4 |
| город undefined | 18. Пол: undefined, undefined |
| населенный пункт undefined | 19. Масса тела ребенка при рождении: undefined\_г. |
| улица undefined дом undefined | 20. Длина тела ребенка при рождении:undefined см. |
| стр. \_undefined\_ корп. \_undefined\_ кв.\_undefined \_\_ | 21. Ребёнок родился:  при одноплодных родах: - 1 |
|  |
| 8. Местность: undefined, undefined |
| 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 «06»\_\_02\_\_ 2024 г.**

1. Рождение ребенка: число undefined месяц undefined год undefined час undefined мин.undefined

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

3. Дата рождения: число undefined месяц undefined год undefined

4. Регистрация по месту жительства (пребывания) матери ребенка

субъект Российской Федерации

район undefined город undefined

населенный пункт undefined улица undefined

дом undefined стр. undefined корп. undefined кв undefined

5. Местность: undefined, undefined

6. Пол: undefined, undefined

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)