|  |
| --- |
| 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 «27»\_\_09\_\_ 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: {{docType}} серия {{passportSerie}} номер {{passportNum}} | субъект Российской Федерации Республика Дагестан |
| район |
| кем и когда выдан {{passportOrg}} {{passportDate}} | город МАХАЧКАЛА |
| улица МАГОМЕДА ЯРАГСКОГО дом 6 |
| 5. СНИЛС {{snilsNum}} |
| 6. Полис ОМС {{omsNum}} |  |
| 7. Регистрация по месту жительства (пребывания) | 16. Местность: {{area1}}, {{area2}} |
| субъект Российской Федерации: | 17. Роды произошли в стационаре - 1, дома - 2, |
| район {{disrict}} | в другом месте - 3, неизвестно - 4 |
| город {{city}} | 18. Пол: {{childSex1}}, {{childSex2}} |
| населенный пункт {{locality}} | 19. Масса тела ребенка при рождении: {{childWeight}}\_г. |
| улица {{street}} дом {{house}} | 20. Длина тела ребенка при рождении:{{childLength}} см. |
| стр. \_{{building}}\_ корп. \_{{box}}\_ кв.\_{{apartment}} \_\_ | 21. Ребёнок родился:  при одноплодных родах: - 1 |
|  |
| 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, | 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 {{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, (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)