|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес места нахождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер и дата выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Код формы по [ОКУД](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=444654&date=16.06.2023) \_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Медицинская документация  Учетная форма N 103/У  Утверждена приказом Минздрава России  от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. N \_\_\_ |

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_

Дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Рождение ребенка: число \_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_

Мать

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 13. Которым по счету

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ребенок был рожден

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ у матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Дата │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

рождения └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ Ребенок

число месяц год

4. Документ, удостоверяющий 14. Фамилия

личность: \_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 15. Место рождения:

6. Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ субъект Российской

7. Регистрация по месту жительства Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(пребывания): район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ стр. \_\_\_\_\_\_ корп. \_\_\_ кв. \_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом ┌─┐

стр. \_\_\_\_ корп. \_\_\_\_ кв. \_\_\_ 16. Местность: городская │1│

┌─┐ └─┘

8. Местность: городская │1│ ┌─┐

└─┘ сельская │2│

┌─┐ └─┘

сельская │2│ 17. Роды произошли:

└─┘ ┌─┐

9. Семейное положение: состоит в в стационаре │1│

┌─┐ └─┘

зарегистрированном браке │1│ ┌─┐ ┌─┐

└─┘ дома │2│ в другом месте │3│

не состоит в зарегистрированном └─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

браке │2│ неизвестно │3│ неизвестно │4│

└─┘ └─┘ └─┘

10. Образование: профессиональное: ┌─┐ ┌─┐

┌─┐ ┌─┐ 18. Пол: мужской │1│ женский │2│

высшее │1│ неполное высшее │2│ └─┘ └─┘

└─┘ └─┘ 19. Масса тела ребенка при рождении

┌─┐ (г) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

среднее профессиональное │3│ 20. Длина тела ребенка при рождении

└─┘ (см) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐ 21. Ребенок родился:

общее: среднее │4│ основное │5│ ┌─┐

└─┘ └─┘ при одноплодных родах │1│

┌─┐ └─┘

начальное │6│ не имеет ┌─┐

└─┘ при многоплодных родах │2│

┌─┐ └─┘

начального образования │7│ которыми по счету \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

└─┘ число родившихся детей \_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐

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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

линия отреза

---------------------------------------------------------------------------

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ

К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 103/У

СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Ребенок родился: число \_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_ час. \_\_\_ мин. \_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Дата рождения матери: 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 │1│ сельская │2│

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

6. Пол: мужской │1│ женский │2│

└─┘ └─┘

Оборотная сторона

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

22. Лицо, принимавшее роды: врач │1│ фельдшер, акушерка │2│ другое лицо │3│

└─┘ └─┘ └─┘

23. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность медицинского работника, (подпись) (фамилия, имя,

заполнившего медицинское свидетельство отчество

о рождении) (при наличии)

Руководитель медицинской организации, индивидуальный предприниматель,

осуществляющий медицинскую деятельность (подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать (подпись) (фамилия, имя, отчество

(при наличии)

линия отреза

---------------------------------------------------------------------------

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

7. Роды произошли: в стационаре │1│ дома │2│ в другом месте │3│

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐

неизвестно │4│

└─┘

8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность медицинского работника, (подпись) (фамилия, имя,

заполнившего медицинское свидетельство отчество)

о рождении) (при наличии)

9. Получатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС получателя (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |  |
|  |  | (подпись) |