Приложение N 2

к приказу

Министерства здравоохранения

и социального развития

Российской Федерации

от 27 декабря 2011 г. N 1687н

ФОРМА N 103/У

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ

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

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

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

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

3. Дата рождения матери: число \_\_\_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, год \_\_\_\_

4. Место постоянного жительства (регистрации) матери ребенка:

республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

5. Местность: городская │1│, сельская │2│

└─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

6. Пол: мальчик │1│, девочка │2│

└─┘ └─┘

--------------------------------- линия отреза ----------------------------

┌───────────────────────────────────┐ ┌───────────────────────────────────┐

│Министерство здравоохранения и │ │Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │

│социального развития Российской │ │Медицинская документация │

│Федерации │ │ │

├───────────────────────────────────┤ ├───────────────────────────────────┤

│Наименование медицинской │ │форма N 103/у │

│организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│ │Утверждена приказом Министерства│

│адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│ │здравоохранения и социального│

│Код по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│ │развития Российской Федерации │

│Для индивидуального │ │от 27 декабря 2011 г. N 1687н │

│предпринимателя, осуществляющего │ │ │

│медицинскую деятельность: │ │ │

│Номер и дата выдачи лицензии на │ │ │

│осуществление медицинской │ │ │

│деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│ │ │

│адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│ │ │

└───────────────────────────────────┘ └───────────────────────────────────┘

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

СЕРИЯ \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

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

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

Мать Ребенок

──────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│11. Фамилия ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐│12. Место рождения:

3. Дата рождения │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ││ республика, край, область \_\_\_\_\_\_

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘│ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

число месяц год │ город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Место постоянного жительства │ ┌─┐

(регистрации): │13. Местность: городская │1│,

республика, край, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_│ └─┘

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│ ┌─┐

город (село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│ сельская │2│

улица \_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_│ └─┘

┌─┐ │14. Роды произошли:

5. Местность: городская │1│, сельская │ ┌─┐ ┌─┐

┌─┐ └─┘ │ в стационаре │1│, дома │2│,

│2│ │ └─┘ └─┘

└─┘ │ ┌─┐

6. Семейное положение: состоит в │ в другом месте │3│, неизвестно

┌─┐ │ └─┘

зарегистрированном браке │1│, │ ┌─┐

└─┘ │ │4│

не состоит в зарегистрированном │ └─┘

┌─┐ ┌─┐ │ ┌─┐ ┌─┐

браке │2│, неизвестно │3│ │15. Пол: мальчик │1│, девочка │2│

└─┘ └─┘ │ └─┘ └─┘

Оборотная сторона

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

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

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐

неизвестно │4│

└─┘

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

(должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя,

выдавшего медицинское свидетельство) отчество)

9. Получатель

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

(фамилия, имя, отчество и отношение к ребенку)

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

(документ, удостоверяющий личность получателя, серия, номер, кем выдан;

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

документ, удостоверяющий полномочия получателя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20.... г. Подпись получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

--------------------------------- линия отреза ----------------------------

7. Образование:

┌─┐ │

профессиональное: высшее │1│, │16. Масса тела ребенка при рождении

└─┘ │┌─┬─┬─┬─┐

┌─┐ ┌─┐ ││ │ │ │ │ г

неполное высшее │2│, среднее │3│, │└─┴─┴─┴─┘

└─┘ └─┘ │

┌─┐ │17. Длина тела ребенка при рождении

начальное │4│; │┌─┬─┐

└─┘ ││ │ │ см

┌─┐ │└─┴─┘

общее: среднее (полное) │5│, │18. Ребенок родился:

└─┘ │ ┌─┐

┌─┐ ┌─┐ │ при одноплодных родах │ │

основное │6│, начальное │7│; │ └─┘

└─┘ └─┘ │ при многоплодных родах: ┌─┐

┌─┐ │ которым по счету │ │

не имеет образования │8│; │ └─┘

└─┘ │ ┌─┐

┌─┐ │ число родившихся │ │

неизвестно │9│ │ └─┘

└─┘ │

8. Занятость: была занята в │

экономике: руководители и │

специалисты высшего уровня │

┌─┐ │

квалификации │1│, прочие │

└─┘ │

┌─┐ │

специалисты │2│, квалифицированные│

└─┘ │

┌─┐ │

рабочие │3│, неквалифицированные │

└─┘ │

┌─┐ │

рабочие │4│, занятые на военной │

└─┘ │

┌─┐ │

службе │5│; не была занята в │

└─┘ │

┌─┐ │

экономике: пенсионеры │6│, │

└─┘ │

┌─┐ │

студенты и учащиеся │7│, │

└─┘ │

работавшие в личном подсобном │

┌─┐ ┌─┐ │

хозяйстве │8│, безработные │9│, │

└─┘ └─┘ │

┌──┐ │

прочие │10│. │

└──┘ │

│

9. Срок первой явки к врачу │

┌─┬─┐ │

(фельдшеру, акушерке) │ │ │ недель│

└─┴─┘ │

│

10. Которым по счету ребенок был │

┌─┬─┐ │

рожден у матери │ │ │ │

└─┴─┘ │

─────────────────────────────────────┴─────────────────────────────────────

19. Лицо, принимавшее роды:

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

врач-акушер-гинеколог │1│, фельдшер, акушерка │2│, другое лицо │3│

└─┘ └─┘ └─┘

20. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя,

заполнившего медицинское отчество)

свидетельство)

Руководитель медицинской организации,

Индивидуальный предприниматель,

осуществляющий медицинскую деятельность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть) (подпись) (фамилия, имя,

отчество)

Печать