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