|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 документацияУчетная форма N 103/УУтверждена приказом Минздрава Россииот "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 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) |