

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 _____

Медицинская документация
Учетная форма №103/у
Утверждена приказом Минздрава России
от «13» октября 2021 г. №987н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 _____ г.

1. Рождение ребенка: число _____ месяц _____ год _____ час _____ мин. _____

Мать

Ребенок

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

14. Фамилия ребенка _____

3. Дата рождения

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

число месяц год

4. Документ, удостоверяющий личность _____

серия _____ номер _____ кем и когда выдан _____

15. Место рождения:

субъект Российской Федерации _____

район _____

город _____

населенный пункт _____

улица _____

дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____

5. СНИЛС _____

6. Полис ОМС _____

7. Регистрация по месту жительства (пребывания):

субъект Российской Федерации _____

район _____

город _____

населенный пункт _____

улица _____

дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____

16. Местность: городская 1, сельская 2.

17. Роды произошли: в стационаре 1, дома 2,

в другом месте 3, неизвестно 4.

18. Пол: мужской 1, женский 2.

19. Масса тела ребенка при рождении (г) _____

20. Длина тела ребенка при рождении (см) _____

21. Ребенок родился:

при одноплодных родах 1.

при многоплодных родах: 2.

которым по счету _____

число родившихся детей _____

8. Местность: городская 1, сельская 2.

9. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке 1,

не состоит в зарегистрированном браке 2, неизвестно 3.

10. Образование: профессиональное: высшее 1,

неполное высшее 2, среднее профессиональное 3,

общее: среднее 4, основное 5, начальное 6;

не имеет начального образования 7; 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) _____

13. Которым по счету ребенок был рожден у матери _____

22. Лицо, принимавшее роды: врач-акушер-гинеколог 1, фельдшер, акушерка 2, другое лицо 3.

23. _____

(должность медицинского работника, заполнившего
медицинское свидетельство)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Руководитель медицинской организации, индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность

(подчеркнуть) _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Печать

----- линия отреза -----

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ

К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №103/у -08

СЕРИЯ _____ № _____

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

