Приложение N 1

к Приказу

Министерства здравоохранения

и социального развития

Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 25.10.2006 N 730)

Одновременно с родовым сертификатом женщине выдается Памятка (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 10.01.2006 N 5).

ФОРМА РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

 Корешок РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

 Б 0000000

з Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

а (полностью)

п Адрес регистрации места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

л Номер полиса ОМС: │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

н └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

я ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

е СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

т └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

с ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

я Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ Расписка получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

Л

П -------------------------------------------------------------------------------------

У линия отреза

, -------------------------------------------------------------------------------------

о ТАЛОН N 1 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

с (на оплату услуг по медицинской помощи, оказываемой Б 0000000

у в период наблюдения женщины до родов)

щ

е 1. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с (наименование ЛПУ, осуществляющего наблюдение

т за беременной женщиной и выдавшего родовый

в сертификат)

л ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

я 2. Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 3. Срок беременности │ │ │

ю └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

щ (недель, на момент выдачи

и сертификата)

м ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 4. Дата постановки │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

н на учет └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

а └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

б ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ 6. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

л 5. СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

ю └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ ОМС: └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

д 7. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е (полностью)

н ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

и 8. Дата рождения │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

е женщины └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 9. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

з (название, серия, номер, кем и когда выдан)

а 10. Адрес регистрации места \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 жительства

б ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

е

р -------------------------------------------------------------------------------------

е линия отреза

м -------------------------------------------------------------------------------------

е

н ТАЛОН N 2 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА выда-

н (на оплату услуг по медицинской помощи, оказываемой Б 0000000 ется

о в период родов женщины) жен-

й щине

 1. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на

 (наименование ЛПУ, выдавшего родовый сертификат) руки

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ вмес-

 2. Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ те с

 └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ родо-

 ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ 4. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ вым

 3. СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ сер-

 └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ ОМС: └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ тифи-

 5. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ катом

 (полностью) и та-

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ лона-

 6. Дата рождения │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ми NN

 женщины └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ 3-1,

 7. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3-2

 (название, номер, серия, кем и когда для

 выдан) пере-

 8. Адрес регистрации места \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дачи

 жительства в род-

 дом

 ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществляющего наблюдение до родов \_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ (отде-

 ------------------------------------- ле-

 ------------------------------------- ние)

 за- 9. Наименование ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 полня- ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┐

 ется 10. Дата родов │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11. Исход родов │ │ │ │ │ │ (код по

 по └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┘ МКБ-10)

 месту

 родов ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

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

 линия отреза

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

 РОДОВЫЙ СЕРТИФИКАТ

 Б 0000000

 1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ 3. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 2. СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ ОМС: └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 4. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование ЛПУ, выдавшего родовый сертификат)

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 5. Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 6. Наименование ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐

 7. Дата родов │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 8. Время родов │ │ │ │ │ │

 └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘

 9. СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ: Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┐

 10. Число детей у женщины, включая рожденных ранее │ │ │

 └─┴─┘

 ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

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

 линия отреза

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

 ТАЛОН N 3-2 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА выда-

 (на оплату услуг за вторые шесть месяцев Б 0000000 ется

 диспансерного наблюдения ребенка) жен-

 щине

з 1. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на

а (наименование ЛПУ, выдавшего родовый сертификат) руки

п ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ вмес-

о 2. Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ те с

л └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ родо-

н 3. Ф.И.О. матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вым

я (полностью) сер-

е ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ 5. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ тифи-

т 4. СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ катом

с матери └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ ОМС └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ для

я матери ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ пере-

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ дачи

Л └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ в

П 6. Наименование ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ детс-

У ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ кое

, 7. Дата рождения │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ле-

 ребенка (дата родов) └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ чеб-

о 8. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ное

с (полностью. При рождении двойни и более детей уч-

у заполняется оборотная сторона талона) реж-

щ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ дение

е 9. Номер полиса ОМС ребенка │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

с └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

т ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

в │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

л └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

я 10. Наименование ЛПУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ю (осуществляющего диспансерное наблюдение ребенка)

щ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

и 11. Период диспансерного с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

м наблюдения ребенка: └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

д ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществлявшего диспансерное

и наблюдение ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

с

п -----------------------------------------------------------------------------------

а линия отреза

н -----------------------------------------------------------------------------------

с

е ТАЛОН N 3-1 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

р (на оплату услуг за первые шесть месяцев Б 0000000

н диспансерного наблюдения ребенка)

о

е 1. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование ЛПУ, выдавшего родовый сертификат)

н ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

а 2. Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

б └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

л 3. Ф.И.О. матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ю (полностью)

д ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ 5. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

е 4. СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

н матери └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ ОМС └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

и матери ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

е │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

р 6. Наименование ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

б 7. Дата рождения │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

е ребенка (дата родов) └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

н 8. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

к (полностью. При рождении двойни и более детей

а заполняется оборотная сторона талона)

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 9. Номер полиса ОМС ребенка │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 10. Наименование ЛПУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (осуществляющего диспансерное наблюдение ребенка)

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 11. Период диспансерного с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 наблюдения ребенка: └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществлявшего диспансерное

 наблюдение ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

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

Оборотная сторона талона N 3-2 родового сертификата

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

 линия отреза

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

За- Сведения о втором и последующих детях:

пол-

ня- 8.1. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ется (полностью)

в ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

слу- 9.1. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.1. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

чае ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

рож- ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

де- │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

ния └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

дво- 8.2. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

йни (полностью)

и ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

бо- 9.2. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.2. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

лее ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

де- ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

тей │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 8.3. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полностью)

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 9.3. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.3. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществлявшего диспансерное

 наблюдение ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

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

Оборотная сторона талона N 3-1 родового сертификата

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

 линия отреза

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

За- Сведения о втором и последующих детях:

пол-

ня- 8.1. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ется (полностью)

в ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

слу- 9.1. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.1. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

чае ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

рож- ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

де- │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

ния └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

дво- 8.2. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

йни (полностью)

и ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

бо- 9.2. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.2. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

лее ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

де- ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

тей │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 8.3. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полностью)

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 9.3. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.3. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществлявшего диспансерное

 наблюдение ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

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