# Форма родового сертификата

Приложение N 1   
к Приказу   
Министерства здравоохранения   
и социального развития   
Российской Федерации   
от 28 ноября 2005 г. N 701,

### 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