|  |
| --- |
| Приложение 3  к Порядку выдачи Медицинского заключения, подтверждающего факт рождения ребенка вне учреждения здравоохранения  (подпункт 3.1.7 пункта 3.1) |

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА   
учреждения здравоохранения  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(наименование учреждения здравоохранения, в котором осматривался ребенок) **об осмотре ребенка, который родился вне учреждения здравоохранения**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | № \_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Дата взятия на учет ребенка в учреждении здравоохранения \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  Пол ребенка: мальчик, девочка (необходимое подчеркнуть)  Во время взятия ребенка на учет: вес ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_, рост ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ состояние здоровья ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Предполагаемая дата рождения ребенка \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | | | | |
| Врач-педиатр (врач-неонатолог) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия и инициалы) | |
| Руководитель структурного подразделения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия и инициалы) | |
| Руководитель учреждения  здравоохранения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия и инициалы) | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  М.П. | | | | | | |
| Получатель медицинской справки | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя и отчество) | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | | | | | | |