

ВИСНОВОК № _____

про підтвердження факту народження дитини поза закладом охорони здоров'я

Медична консультаційна комісія _____
(найменування органу виконавчої влади,

при якому утворена комісія)

за результатами розгляду заяви _____
(прізвище, ім'я та по батькові заявника)

на підставі:

паспорта або іншого документа, що посвідчує особу _____
(серія, номер,

ким і коли виданий)

обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні або виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого за формою відповідно № 113/о або 027/о, затвердженою МОЗ (у разі наявності)

(найменування закладу охорони здоров'я, який видав

обмінну карту або виписку, дата взяття на облік жінки, дата видачі виписки)

результатів аналізів, ультразвукового дослідження, проведених під час вагітності жінки, яка народила дитину поза закладом охорони здоров'я (у разі наявності)

(найменування закладу охорони здоров'я,

яким проведено аналізи та дослідження, дата їх проведення)

копії картки виклику медичної швидкої допомоги за формою № 109/о (у разі наявності)

(найменування закладу охорони здоров'я,

яким видано картку, дата її видачі)

довідки про генетичну спорідненість між жінкою, яка народила дитину поза закладом охорони здоров'я, та дитиною (у разі наявності) _____

(найменування закладу охорони здоров'я, яким видано довідку,

дата її видачі)

медичної довідки лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу про огляд дитини, яка народилася поза закладом охорони здоров'я (від _____ 20__ р. № ____), та медичної довідки лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу про огляд жінки для підтвердження факту народження нею дитини поза закладом охорони здоров'я (від _____ 20__ р. № ____)

(найменування закладу охорони здоров'я,

яким видано довідки)

інших документів, які підтверджують надання медичної допомоги жінці у зв'язку з пологами (у разі наявності) _____

установила

прізвище, ім'я та по батькові матері _____

дата народження дитини ____ 20__ р.

стать дитини: хлопчик, дівчинка (необхідне підкреслити)

фактичне місце пологів _____
(у разі наявності інформації)

і вирішила _____
(підтвердити факт або відмовити у підтвердженні факту народження

дитини поза закладом охорони здоров'я (необхідне зазначити)

Голова комісії

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

Члени комісії:

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

____ 20__ р.

М.П.