

Рекомендуемая форма

РЕЕСТР¹
талонов № 1 родовых сертификатов

Наименование медицинской организации _____
Тип медицинской организации _____
Адрес медицинской организации _____
ОГРН _____ ИНН/КПП _____
Регистрационный номер страхователя _____

№ п/п	Серия, номер, дата выдачи родового сертификата	СНИЛС женщины	Ф.И.О., дата рождения женщины	Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, дата выдачи)	Адрес места жительства	Номер страхового полиса ОМС	Номер, дата обменной карты	Серия, номер, дата выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам ²	Дата постановки на учет	Период наблюдения (недель) ³	Многоплодная беременность ⁴	Преждевременные роды ⁴	Стоимость талона родового сертификата
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ИТОГО	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

(подпись руководителя медицинской организации)

(расшифровка подписи)

(дата составления)

Печать медицинской организации

¹ Реестр талонов родовых сертификатов представляется на бумажном носителе, а также в электронном виде.

² Графа заполняется только в отношении работающих женщин.

³ Указывается полное число недель наблюдения женщины в женской консультации на момент представления талона № 1 родового сертификата к оплате.

⁴ Проставляется «ДА» в случае многоплодной беременности и преждевременных родов.

Рекомендуемая форма

РЕЕСТР¹
талонов № 2 родовых сертификатов

Наименование медицинской организации _____
Тип медицинской организации _____
Адрес медицинской организации _____
ОГРН _____ ИНН/КПП _____
Регистрационный номер страхователя _____

№ п/п	Серия, номер, дата выдачи родового сертификата	СНИЛС женщины	Ф.И.О., дата рождения женщины	Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, дата выдачи)	Адрес места жительства	Номер страхового полиса ОМС	Номер, дата обменной карты	Серия, номер, дата выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам ²	Дата родов	Количество новорожденных детей	Количество детей, включая рожденных ранее	Пол, вес, рост ребенка (детей), диагноз заболевания ребенка по МКБ-10 ³	Диагноз заболевания матери по МКБ-10 ³	Стоимость талона родового сертификата
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ИТОГО	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

_____ (подпись руководителя медицинской организации)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (дата составления)

Печать медицинской организации

¹ Реестр талонов родовых сертификатов представляется на бумажном носителе, а также в электронном виде.

² Графа заполняется только в отношении работающих женщин.

³ Графа заполняется при неблагоприятном исходе родов.

Рекомендуемая форма

РЕЕСТР¹
талонов № 3-1 (№ 3-2) родовых сертификатов

Наименование медицинской организации _____
Тип медицинской организации _____
Адрес медицинской организации _____
ОГРН _____ ИНН/КПП _____
Регистрационный номер страхователя _____

№ п/п	Серия, номер, дата выдачи родового сертификата	СНИЛС женщины	Ф.И.О., дата рождения женщины	Документ удостоверяющий личность (серия, номер, дата выдачи)	Адрес места жительства	Номер страхового полиса ОМС женщины	Номер, дата обменной карты	Профилактические медицинские осмотры ²					Стоимость талона родового сертификата	
								Ф.И.О. ребенка	дата рождения	дата постановки ребенка на учет	дата начала проведения осмотров	дата окончания проведения осмотров		стоимость услуг
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ИТОГО	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

(подпись руководителя медицинской организации)

(расшифровка подписи)

(дата составления)

Печать медицинской организации

¹ Реестр талонов родовых сертификатов представляется на бумажном носителе, а также в электронном виде.

² Графа заполняется детской поликлиникой в отношении каждого ребенка, рожденного женщиной.