

## Регистрационная форма матери

ФИО \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

кем и когда выдан

зарегистрирован: \_\_\_\_\_

индекс, адрес

место проживания \_\_\_\_\_

личный номер \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

возраст \_\_\_\_\_

*Вы когда-либо:*

Страдали опасными инфекционными заболеваниями \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

болели гепатитом \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

являлись донором крови или ее компонентов \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

имели положительные тесты на гепатит \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

страдали заболеваниями, передающимися половым путем \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

*Кто-либо из Ваших родственников страдал:*

заболеваниями крови \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

наследственными заболеваниями \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

злокачественными новообразованиями \_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

*Если Вы ответили хотя бы на один вопрос «ДА», расшифруйте \_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_

Контактные телефоны \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Контактные лица, их адреса и телефоны \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Номер родильного дома, где будут проходить роды \_\_\_\_\_

ФИО врача-акушера, который будет принимать роды (его контактные телефоны) \_\_\_\_\_

Предполагаемая дата родов \_\_\_\_\_

Двойня да/нет (ненужное зачеркнуть)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г.