

«№4 қалалық емхана»
 Мемлекеттік коммуналдық
 кәсіпорны

Приложение к приказу
 Министр здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 19 декабря 2023 года № 173

Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Сиссен Тамиш Керем

ИНН _____

Дата рождения 23.06.2027.

Пол Муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
г. Астана, Жетісу ауданы 12А - 32.

Сведения о законных представителях:
Сиссен Тамиш Марат 1990;
Сиссен Тамиш Гулжапар 1992.

Поликлиника прикрепления ГПНУ

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____

Диагноз (код МКБ-10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций		Организация среднего образования		Организация интернатного	
	Дошкольная организация		Общая	Коррекционная	Общая	Ко я
	Общая	Коррекционная				

Эпикриз

Ребенок от III беременности, от IV родов.

Родился(лась) с весом 3880 кг, ростом 56 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по возрасту Контакт с tbs – отрицает.

На «Д» учёте не состоит

Наследственность не отягощена.

Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски.

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечные тоны ясные,

ритмичные.

Живот мягкий, безболезненный.

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров(а)

НПР 1 уровень

ФР-нормосомия

Группа здоровья: 2А

Школу/Детсад посещать может

Врач:



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]
04.05.25г.

Формат А4

Код организации по ОКПО _____
Код организации по БИН _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы
«30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген
027/у-нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы
Наименование организации
«Астана қаласының «Астана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны»

Медицинская документация
Форма 027/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «30» октября 2020 года №175

АНЫҚТАМА СПРАВКА

Берілген күні/дата выдачи 20 25 ж./г. « 27 .» 05

1. ТАӘ/ФИО Сисекташев Деген
(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ЖСН/ИИН _____

2. Туған күні/дата рождения: 23 күні/число 06 айы/месяц 2000 жылы/год.

3. Мекен жайы/адрес (место постоянного жительства):

Алматы қаласы Б. Мейрамұлы

4. Диспансерлік есепте тұратыны//На диспансерном учете: состоит не состоит
(нужное подчеркнуть).

Анықтама берген дәрігердің ТАӘ/ Саресқов
ФИО врача, выдавшего справку

Подпись

Мир. Саресқов



20 ____ г.