

Республика Казахстан город Актөбе
Топаншұғыс жасаушылардың бұйрығы № 052-2/у «П

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

Республика Казахстан Город Астана
Топаринформ № 062-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Фамилия и имя студента (при его наличии) ребенка

ИИИ

Дата рождения

Пол

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа).

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

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

[illegible]

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Вертугашев
Александр Александрович

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Кемерово
ул. Мещерякова 102

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

[illegible]

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИН,

Дата рождения

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Група крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

группа

[illegible]

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИН Национальность

Дата рождения 12.10.2002

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Марселя 67-23

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Кузнецова Тимур

Место работы матери/законного представителя 700 Jktar. 200
2405014 P5 P6.

Телефон матери/законного представителя 87058178186

Ф.И.О год рождения отца Курендик Бессергетан

Место работы отца ТОО Акварь - Кемпурская

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления _____

Група крoви

Инвалидность (да/нет)

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

гг. Рагдал.
гг. Зере. При
к инструкции по за

«А. Г. Губаев обр. юр. наук, доцент, декан
факультета баск. языков и литературы
мохеместина, м. Мухоместина»

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка _____

ИИИ

Национальность

Дата рождения 3.12.2022

Пол: мужской/женский (подчеркнуть) мужской

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Пуршева 32-43

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Сады А

Место работы матери/законного представителя Андрей Робн Тимур-мурза

Телефон матери/законного представителя: 8-747-364-26-52. Т. ещевоткин

Ф.И.О год рождения отца Мухометов В. И

Место работы отца Актюве 881 720 - бое командир.

Телефоны отца 8-771-519-72-51

законных представителей

Поликлиника прикрепления № 1

Група крoви	Резус-фактор
-------------	--------------

Инвалидность (да/нет): _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Қазақстан Республикасының
Ішкі істер министрлігінің
Қарағанды облысының Әкімдігінің
Қарағанды қаласының Әкімдігінің
Қарағанды қаласының Ішкі істер
бөлімінің

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

Форма №052-2/у «ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Майданович

III

ациональность

Дата рождения

10.02.2022

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Журнево 54-2

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Михорин Н.В.

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя 8 707 452 4021

Ф.И.О год рождения отца Майфалович В П

Место работы отца маляр - вахтанг

Телефоны отца 8-777-506-14-92

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Група крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Формы № 052-2/у «ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, ~~качество~~ ^{отчество} (при его наличии) ребенка

BA
1111

ациональность

Дата рождения

Пол: мужской/женский (подчеркнуть) муж

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) г. Москва

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Група крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

[illegible]

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорыны

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

Форма №052-2/у « ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Место рождения: Минская область, г. Минск

ИИН

УНИОНАЛЬНОСТЬ

казанна

Дата рождения 25.05.2022

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Актюбе, Дусубанова - 296/2 Кв.ср-6

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Смолянинов А. А.

Место работы матери/законного представителя И.О.Иер. тех.модуль

Телефон матери/законного представителя 87779287255

Ф.И.О год рождения отца Урмантаев М. М. - 1987 г. 28.11.

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления ГНУЧ

Група крoви

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

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

ИИН

Дата рождения

Пол

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

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

Мауапкершілігі шектеулі серіктестігі
«**Biolab Pharm**»
«**Premier Med Clinic**»
Товарищество с ограниченной
Форма №052-2/у «ПАСПОРТ»
00091252

Anna

ИИН _____ Национальность казах

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Новостройка 2-121

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

[illegible]

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фрозов

Имя Александр Фамилия БОЛІМІ Национальность

Дата рождения 15.12.2022

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Maxwell in 1868-8

Тюленева Т.Д. 1992

20/20

8708202253

Грозиков М. Ю. 1977

Вамоданентон

87761448619.

Подиклиника прикрепления

группа крови _____ резус-фактор _____
Циркулирует (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына
қосымша
Форма № 052-2/у

Форма № 052-2/у

ГКП «Городская поликлиника №7» на ПХВ

ЖСН ИИН

Үй-ініс мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы) / Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) 23 наурыз 12 кв 114

Занды өкілдер туралы мәліметтер / Сведения о законных представителях:

Қан тобы / Группа крови _____ Резус-факторы / Резус-фактор _____

Диагноз (АУЖ-10 коды)* / Диагноз (по МКБ-10)*

Диспансерлік есепке алу күні/Дата взятия на диспансерный учет

B20-B24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда/*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Түскен айы, жылы жесад, год оступления	Ұйымдар сипаттамасы / Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру / Среднего общего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымның / Организация интернатного типа	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Приложение
Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Хурмиев Билим Досканунович

Национальность узбек Дата рождения 20.04.2022
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) _____

бульвар 2 ул 150
Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя _____

Мурин Намал Саидибековна

Место работы матери/ законного представител _____

не работает

Телефон матери/ законного представителя 8776 884 3285

Ф.И.О. год рождения отца Мурин Доскан

Место работы отца Комитат Шехит

Телефоны отца / законных представителей _____

Поликлиника прикрепления ОБЛ № 68 Бульвар 2

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____