Зере

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 Есенгос Расул

ИИН [redacted] ...иональность

Дата рождения 26 VII 2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Абылай 16 – 18

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

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

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

Место фотографии

Absolute technology

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

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

1. **Общие положения**

Ф.И.О. ребенка Аин Аймна

ИИН

Национальность мусул **Дата рождения** 27.12.2023

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) п. Кунайли Елек 66.

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

Место работы матери/ законного представителя „Абсолют Технологии" медсестра.

Телефон матери/ законного представителя 87711702415.

Ф.И.О. год рождения отца Кенжебаев Кабит.

Место работы отца кафельный завод.

Телефоны отца 87053452530.

Поликлиника прикрепления ТОО Absolute Technology

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

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

Диагноз (кол МКБ-10)* здоров

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Absolute technology

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет
Дата обследования	8.08.25.						
Возраст ребенка(на момент осмотра)	1,7.						
Рост	75						
Вес	11						
Жалобы							
Заключительный диагноз (в том числе основной сопутствующие заболевания)	здоров						
Группа здоровья	II А						
Медицинская группа для занятий физкультурой	осн.						
Рекомендации	ЗОЖ						

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	Коррекционное	Общее	Коррекционное	Общее	Коррекционное

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет)_____				
Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Возраст начала	Год установления диагноза	Примечания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания.

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	—	Дифтерия	
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина		Эпидемический паротит	
Брюшной тиф			
Ветряная оспа	—		
Краснуха			
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)			

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции).

Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении.

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности (согласно форме № 035/у «Форма учета медицинских услуг»).

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	ФИО врача
от	до			

3.Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у «Карта профилактических прививок» в соответсвии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» зарегистрирован в

Таблица №7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	11.09.2025г.
Рост	75 см
Вес	11 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здорова
Группа здоровья	I B
Медицинская группа для занятий физической культурой	основной
Рекомендации	дом

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (ПМПК)

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

Приложение к форма №052-2/у

Жоспарлары терендетілген медициналық тексеру мәліметтері/ Данные плановых углубленных медицинских осмотров 5-7 жаста (мектепке барар алдында)/ В возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері Параметры	5 жаста В 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында (7 жаста) Перед школой (в 5 лет)
Тексеру күні/дата обследования	11.01.25		
Баланың жасы/ Возраст ребенка (на момент обследования)	1 год 1 мес		
Бойы / рост	75 см		
Салмағы /Вес	11 кг		
Шағымы/Жалобы	нет		
Мамандардың тексеруі/Осмотры специалистов			
Педиатр	здоров		
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог	всем сад		
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог			
Өзге де мамандар/Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс аналазі) Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйцаглист)	ОАК - норма ОАМ - норма кал на яйц ЕТО отр.		
Қорытынды диагноз/ Заключительный диагноз			
Табиғи дамуын бағалау / Оценка физического развития	здоров		
Жүйке психикалық дамуын бағалау/ Оценка нервно-психического развития	норма		
Денсаулық тобы/ Группа здоровья	норма		
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ/ Медицинская группа для занятий физкультурой	2А		
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсыныстар/ Рекомендации к занятиям спортом, бальными для спортивными танцами	осьвой		
Ұсынымдар (сауығу,режим,тамақтану,шынығу,жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар)/ Рекомендации (оздоровление,режим,питание,закаливание,поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение повышенным содержанием образования)	зож		
Қолы/ Подпись			

Зертханалық зерттеулер / Лабораторные исследования

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері / Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) / Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	07.01.25	норма
ОАМ	07.01.25	норма
кал на яйц	07.01.25	отриц.

Absolute technology

Эпикриз

Вес_ кг.

Рост_ см.

Ребенок от беременности _ родов (Растет и развивается в соотвествии с полом и возрастом. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные. На Д учете не состоит. Гемотранфузия не было. Инвалидности нет. Аллергологический анамнез спокоен. Эпид анамнез; Контакт по инфекционным заболеванием отрицает.

Жалоб нет. Состояние удовлетворительные. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические л/узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные,ритмичные чсс 110. Живот мягкий безболезнный. Стул и диурез в норме.

Диагноз:

Группа здоровья Здоров

Физ развитие соответствует возрасту.

НПР_ норма_ Рекомендовано

1.Режим дня

2.Сбалансирование питание

3.Витаминотерапия

4.Профилактика простудных заболеваний

5.Закаливание

6.Прогулка на свежем воздухе.

Педиатр: Нурмасунур

Место фотографии

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

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

1. **Общие положения**

И.О ребенка Али Эли

И..

циональность казах **Дата рождения** 27.12.2023

л: мужской/женский (подчеркнуть)

омашний адрес (или адрес интернатного учреждения) г. Кыркайлы Елек 66

И.О. год рождения матери/законного представителя

Эмидхан Соя

есто работы матери/ законного представителя

Абсолют технолоджи" медсестра.

лефон матери/ законного представителя 87771792415

И.О. год рождения отца Кунтибаев Табит

есто работы отца Кирпичный завод.

лефоны отца 87053458530

оликлиника прикрепления ТОО Absolut Technology

руппа крови _____ Резус - фактор _____

нвалидность (да/нет) нет группа _____

остоит ли ребенок на диспансерном учете (да / нет) нет

иагноз (код МКБ-10)* здоров

ата взятия на диспансерный учет _____

За исключением диагнозов В20-В24, F00-F99

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет
Дата обследования	8.08.25						
Возраст ребенка(на момент осмотра)	1,7						
Рост	73						
Вес	12						
Жалобы							
Заключительный диагноз (в том числе основной сопутствующие заболевания)	здоров						
Группа здоровья	IIA						
Медицинская группа для занятий физкультурой	ОМ						
Рекомендации	зож						

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	Коррекционное	Общее	Коррекционное	Общее	Коррекционное

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет)_____				
Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Возраст начала	Год установления диагноза	Примечания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания.

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	—	Дифтерия	
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина		Эпидемический паротит	
Брюшной тиф	—		
Ветряная оспа			
Краснуха			
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)			

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции).

Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) чении.

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности (согласно форме № 5/у «Форма учета медицинских услуг»).

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	ФИО врача
от	до			

3.Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у «Карта профилактических прививок» в соответсвии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» зарегистрирован в

Таблица №7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	11. 09. 2024
Рост	85
Вес	12
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	I А
Медицинская группа для занятий физической культурой	основной
Рекомендации	—

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (ПМПК)

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

Приложение к форма №052-2/у

Жоспарлары тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері/ Данные плановых углубленных медицинских осмотров 5-7 жаста (мектепке барар алдында)/ В возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері Параметры	5 жаста В 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында (7 жаста) Перед школой (в 5 лет)
Тексеру күні/дата обследования	11.03.24.		
Баланың жасы/ Возраст ребенка (на момент обследования)	1,9 лет		
Бойы / рост	95 см		
Салмағы /Вес	12 кг		
Шағымы/Жалобы	нет		
Мамандардың тексеруі/Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог			
Өзге де мамандар/Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі; ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйцаглист)	ОАК-норм ОАМ-норм кал на яйц отр		
Қорытынды диагноз/ Заключительный диагноз			
Табиғи дамуын бағалау / Оценка физического развития	здоров		
Жүйке психикалық дамуын бағалау/ Оценка нервно-психического развития	норма		
Денсаулық тобы/ Группа здоровья	I		
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ/ Медицинская группа для занятий физкультурой	норма		
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсыныстар/ Рекомендации к занятиям спортом, бальными для спортивными танцами	ТИ		
Ұсынымдар (сауығу,режим,тамақтану,шынығу,жалпы және тәуелсіз типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар)/ Рекомендации (оздоровление,режим,питание,закаливание,поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)	основной		
Қолы/ Подпись			

Зертханалық зерттеулер / Лабораторные исследования

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері / Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) / Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	07.03.24	норма
ОАМ	07.03.24	норма
кал на яйц	07.03.24	нет яйц.

Absolute technology
Абсолют технологиялар
ограниченной

Эпикриз

Вес_ кг. 11
Рост_ см. 75
Ребенок от беременности _ родов (Растет и развивается в соотвествии с полом и возрастом. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные. На Д учете не состоит. Гемотранфузия не было. Инвалидности нет. Аллергологический анамнез спокоен. Эпид анамнез; Контакт по инфекционным заболеванием отрицает.
Жалоб нет. Состояние удовлетворительные. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические л/узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные,ритмичные чсс 110. Живот мягкий безболезнный. Стул и диурез в норме.
Диагноз; Н
Группа здоровья 1 группа
Физ развитие соответствует возрасту.
НПР_ норма_ Рекомендовано
1.Режим дня
2.Сбалансирование питание
3.Витаминотерапия
4.Профилактика простудных заболеваний
5.Закаливание
6.Прогулка на свежем воздухе.

Педиатр: Нурмагамбет

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

Товарищество с ограниченной ответственностью

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

1.ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Аминов Исмаил Ясинбенович
ИИН [redacted] Нциональность
Дата рождения 22.01.2024
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)
Вохра 1

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 „Biolab Pharm Premier Med Clinic"
Группа крови Резус-фактор
Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
—	—	—	—	—	—	—

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет
Дата обследования							
Возраст ребенка (на момент осмотра)							
Рост	93						
Вес	14						
Жалобы	нет						
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров						
Группа здоровья	I Гр						
Медицинская группа для занятий физкультурой	общий						
Рекомендации							

Осмотры специалистов

Педиатр (в т.ч. ЧСС в мин.АД 3 раза)			
Хирург (ортопед)	ХИРУРГ		
Невропатолог (в 1 год)			
Отоларинголог	здоров		
Офтальмолог			
Логопед (с 3-х лет)			
Стоматолог (ежегодно)	ОФТАЛЬМОЛОГ здоров		
Другие специалисты			
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на я/гл.)	ОТОЛАРИНГОЛОГ		
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующие заболевания)	здоров		
Оценка физического развития	в пределах		
Оценка нервно-психического развития	норма		
Группа здоровья	I гр		
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)	1/прогулки на свежем воздухе 2/своевременные прививки		
Подпись врача педиатра			

Эпикриз

Вес 14

Рост 93

Растет и развивается соответственно возрасту

Перенесенные заболевания ОРЗ, ОРВИ

Привит согласно плану прививки по плану

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Проведен медосмотр. На Д учет не взят .

Жалоб нет . Состояние удовлетворительное .

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Переферические л/узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание . Тоны сердца ясные, ритмичные

Живот мягкий безболезненный . Стул и диурез в норме

Диагноз здоров

Группа здоровья I Гр

Физ развитие соотв.

Рекомендовано :

Ребенок допущен в детский сад

1. Режим дня
2. Сбалансированное питание
3. Витаминотерапия
4. Профилактика простудных заболеваний
5. Закаливание , режим .
6. прогулка на свежем воздухе

Эпид окружение чистое

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

Жеке медициналық орталығы

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

I.ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Ябай Нұрсаяхан Нұрболұлы

ИИН [redacted] ...ациональность казах

Дата рождения 08.08.2023

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Ясиголмева А. Г

Место работы матери/законного представителя Ахмолов аппиндоз

Телефон матери/законного представителя 8777 472 7289 дрома теаму

Ф.И.О год рождения отца Ербулатов Н. А

Место работы отца

Телефоны отца 8776 790 6363

законных представителей

Поликлиника прикрепления Шипалер - С

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

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

Қазақстан Республикасы
Ақтөбе қаласы
«Ақтөбе облысының денсаулық
сақтау басқармасы» мемлекеттік
мекемесінің шаруашылық жүргізу
құқығындағы
«№1 Қалалық емханасы»
мемлекеттік коммуналдық

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 Алерік Данил

ИИН [redacted] циональность корей

Дата рождения 8.12.2023.

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Кармысова ул Утемисов 4/1

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

Место работы матери/законного представителя ОСМН - бухгалтер

Телефон матери/законного представителя 8707974192

Ф.И.О год рождения отца Турсынбаев Н А.

Место работы отца АЗГ - инженер цеха

Телефоны отца 8705604535

законных представителей

Поликлиника прикрепления №1.

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

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

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

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
«Biolab Pharm»
Premier Med Clinic»

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

1.ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Асет Аннахан Аманбекулы
ИИН [redacted] ...ональность
Дата рождения 07.03.2023
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)
Бокра 2

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 „Biolab Pharm Premier Med Clinic"
Группа крови Резус-фактор
Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
–	–	–	–	–	–	–

Ак нарчы

Форма №0[illegible] «ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

«Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы» мемлекеттік мекемесі

Айдын Аскарбекқызы

Имя ребенка Бойгданышева

Национальность казашка

Дата рождения 23.08.23 сы

Пол: мужской/женский (ер/әйелдік) женский

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) проспект Абулхайыр хана 16 кв 72

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

Других представителей

Поликлиника прикрепления 2П.г!

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

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

ҚР ДСМ 2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына қосымша

Приложение к приказу
МЗ РК от 19 декабря 2023 года № 173

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны
Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Жалпы ережелер/Общие положения

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Хасен Айша Онжасынқызы

ЖСН / ИИН

Туған күні / Дата рождения 12.09.2023 Жынысы / Пол ж

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы)/Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Абылай хан 9 білім 9

Заңды өкілдер туралы мәліметтер:/Сведения о законных представителях:
Бала: Аубакирова Онжан Хасенқызы
Бала: Бисенгалиева Бонжан Образкызы

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления
№ 3

Қан тобы / Группа крови_____ Резус-фактор_____

Мүгедектік (иә / жоқ) топ / Инвалидность (да/нет) группа _____

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)/Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____ Диагноз (АХЖ-10 коды /код МКБ-10) * _____

Диспансерлік есепке алу күні / Дата взятия на диспансерный учет _____

**За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99*

Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

Түсу айы, жылы /Месяц, год поступления	Ұйымдардың сипаттамасы /Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі/Дошкольная организация		Жалпы орта білім беру ұйымы /Организация среднего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымы /Организация интернатного типа	
	Жалпы Общая	Түзету Коррекционная	Жалпы Общая	Түзету Коррекционная	Жалпы/ Общая	Түзету Коррекционная

ҚР ДСМ 2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына қосымша

Приложение к приказу
МЗ РК от 19 декабря 2023 года № 173

ШҚК «№3 қалалық емханасы» МКК
ГКП «Городская поликлиника №3» на ПХВ

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны
Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Жалпы ережелер/Общие положения

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Маман Аягөз Ержанқызы

ЖСН / ИИН _____

Туған күні / Дата рождения 15.05.2023 Жынысы / Пол жен

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы)/Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
г. Ленгер

Заңды өкілдер туралы мәліметтер:/Сведения о законных представителях:
мама: Мырзахан Айгерим
папа: Оңдасынов Ерлер

Бірікпей емханасы / Поликлиника прикрепления
Городская поликлиника №3

Қан тобы / Группа крови _____ Резус-фактор _____

Мүгедектік (иә / жоқ) топ / Инвалидность (да/нет) группа нет

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)/Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) нет Диагноз (АХЖ-10 коды /код МКБ-10) * Z00.0

Диспансерлік есепке алу күні / Дата взятия на диспансерный учет _____

За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

Түсу айы, жылы /Месяц, год поступления	Ұйымдардың сипаттамасы /Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі/Дошкольная организация		Жалпы орта білім беру ұйымы /Организация среднего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымы /Организация интернатного типа	
	Жалпы Общая	Түзету Коррекционная	Жалпы Общая	Түзету Коррекционная	Жалпы/ Общая	Түзету Коррекционная

«Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасының шаруашылық жүргізу құқығындағы «№1 Қалалық емханасы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны
БАЛАЛАР БӨЛІМІ

Приложение к прика
Министр здравоохранен
Республики Казахст
от 19 декабря 2023 года №1

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

222 б. Зерг.

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

«Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы» мемлекеттік мекемесінің шаруашылық жүргізу құқығындағы «№1 Қалалық клиникалық ауруханасы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны
БАЛАЛАР БӨЛІМІ

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

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Сергалиева Ясина

ИИН [redacted] циональность Казах

Дата рождения 16 декабря 2023

Пол: мужской/женский (подчеркнуть) жен.

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Мира 5 а – 105

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

Место работы матери/законного представителя ТОО „Рецепт" ст. 1983

Телефон матери/законного представителя 8-705-278-68-95

Ф.И.О., год рождения отца Сергалиев Асет 1986.

Место работы отца ТОО „Бакыт" – телефон.

Телефоны отца 8-777-132-65-56.

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

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

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТиК»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.
ӘТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

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
Сапанова Самра Саламетовна

ИИН [redacted]

Дата рождения 13.11.2023

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Астана ул 16 д- 16.

Сведения о законных представителях:
мама Уразбаева А.А. 8776-00-19-999.
папа Абдиров С.А 8776-790-63-87.

Поликлиника прикрепления ТОО "ТТиК"

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

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

Диагноз (код МКБ- 10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

ҚР ДСМ 2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына қосымша

Приложение к приказу
МЗ РК от 19 декабря 2023 года № 173

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны
Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Жалпы ережелер/Общие положения

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Сабырмаанынын Асандиер

ЖСН / ИИН _____ 6

Туған күні / Дата рождения 14.12.23 Жынысы / Пол _____

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы)/Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

с. Гулдер 133

Заңды өкілдер туралы мәліметтер:/Сведения о законных представителях:

_____

_____

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления

ДПМ3

Қан тобы / Группа крови_____ Резус-фактор_____

Мүгедектік (иә / жоқ) топ / Инвалидность (да/нет) группа нет

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)/Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____ Диагноз (АХЖ-10 коды /код МКБ-10) * _____

Диспансерлік есепке алу күні / Дата взятия на диспансерный учет _____

За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

Түсу айы, жылы /Месяц, год поступления	Ұйымдардың сипаттамасы /Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі/Дошкольная организация		Жалпы орта білім беру ұйымы /Организация среднего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымы /Организация интернатного типа	
	Жалпы Общая	Түзету Коррекционная	Жалпы Общая	Түзету Коррекционная	Жалпы/ Общая	Түзету Коррекционная

«Қарғалы қалалық ауруханасы»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорны

063 ?

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

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Нурпаева Бакдаулет Бегалиулы

Национальность казах Дата рождения 25.04.23

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Нур сити

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Курманганова Д.К

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца Шадыбаев Т.Н.

Место работы отца

Телефоныотца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови Резус - фактор

Инвалидность (да/нет) — группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Жауапкершілігі шектеулі серіктестік
«Biolab Pharm»
Premier Med Clinic»
Товарищество с ограниченной ответсвенностью
БСН/БИН 110440001202

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

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Наурыз Ерало Темірулы

Национальность _____ Дата рождения _____

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) ТЭЦ 3 - 277

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

Место работы матери/ законного представителя _____

Телефон матери/ законного представителя 8 778 472 85 91

Ф.И.О. год рождения отца _____

Место работы отца _____

Телефоны отца _____

законных представителей _____

Поликлиника прикрепления _____

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

Баланан.

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

ДС Зере

«Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы» мемлекеттік коммуналдық мекемесінің

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

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Мирас Бауржан

ИИН

Национальность Нораз

Дата рождения 14.04.2025

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Марсеева 2с-31

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

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Посещ.	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

8/с. 1/2 /2/

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

«Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы» мемлекеттік мекемесінің шұғыл ақпарат жүргізу құқығын растайды
«№1 Ақтөбе қаласының балалар емханасы» мемлекеттік қазыналық кәсіпорны
БАЛА

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

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Кочкомбаева Тогжан

ИИН _____ Национальность _____

Дата рождения 28.08.23г

Пол: мужской/женский (подчеркнуть) _____

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Мира 5а-151

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 _____

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

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

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
«Biolab Pharm»
Premier Med Clinic»
Товарищество с ограниченной ответсвенностью
БСН/БИН 110440001262

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

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

I.ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Кыдыкеев Сезім Артурбеки
ИИН [redacted] ционально
Дата рождения 13.04.2023
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)
Вохра 13

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 „Biolab Pharm Premier Med Clinic"
Группа крови Резус-фактор
Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
–	–	–	–	–	–	–