

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

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

ИИН	Национальность
-----	----------------

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Кураев
раздел 38

Место работы матери/законного представителя ИМТ - бухгалтер

Телефон матери/законного представителя 8776 788 2885

Ф.И.О год рождения отца Вудорисев 1908

Место работы отца г.о. Энергоснабжения - Тескар

Телефоны отца 87025916046

законных представителей

Поликлиника прикрепления 11121

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

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Национальность

Дата рождения 09.06.2021

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 Biolab Pharm Premier Med Clinic

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

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

КУХЫҒЫҢ ЭҒЫ

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

МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

learned

ИИИ

Национальность

Дата рождения 19.05.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть) мужской

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 _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

[illegible]

Жамағат Жұртқа Жамағат.

1978

Зер

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА



ПАСПОРТ
ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

8. ЖОСПАРЛАРЫ ТЕРЕНДЕТІЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУ МӘЛІМЕТТЕРІ ДАННЫЕ ПЛАНОВЫХ УГЛУБЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

1 жастан – 3 жасқа дейін/ В возрасте от 1-3 лет

Параметрлері Параметры	1 жаста В 1 год	2 жаста В 2 года	3 жаста В 3 года
Тексеру күні/ Дата обследования	100322	26.02.23	20.04.23
Баланың жасы (тексерген кездегі) Возраст ребенка (на момент осмотра)	1 жас	2 жас	3 жас
Бойы/Рост	75	83	80
Салмағы/Вес	8	10	11
Шағымы/Жалобы	нет	нет	нет

Мамандардың тексеруі/Осмотры специалистов

Педиатр	Жариев	Жариев	Жариев
Хирург (ортопед)	Жариев	Жариев	Жариев
Офтальмолог	Жариев	Жариев	Жариев
Оториноларинголог	Жариев	Жариев	Жариев
Невролог (1 жастан – 3 жасқа дейін)	Жариев	Жариев	Жариев
Стоматолог (жыл сайын/ ежегодно)	Жариев	Жариев	Жариев
Өзге де мамандар Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс анализі)	Жариев	Жариев	Жариев
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)	Жариев	Жариев	Жариев
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі, ілеспелі аурулар)	Жариев	Жариев	Жариев
Заключительный диагноз (в том числе основные и сопутствующие заболевания)	Жариев	Жариев	Жариев
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития	Жариев	Жариев	Жариев
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития	Жариев	Жариев	Жариев
Денсаулық тобы Группа здоровья	Жариев	Жариев	Жариев
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесі және басқалар)	Жариев	Жариев	Жариев
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)	Жариев	Жариев	Жариев
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ	Жариев	Жариев	Жариев

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Жукова Асият

ИИН 1908080001

Дата рождения 19.08.2001.

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Шушаров 9 кв 4

Сведения о законных представителях:

мать: Каюкова Райгуль

Поликлиника прикрепления

Алле сауат

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

не состоит

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

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

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Демидов Николай Иванович

ИИН _____ Национальность казах

Дата рождения 09.05.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Вчера 94

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Айтжанов 8.

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления Biolar Pharm Partner Med GmbH

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

не

группа

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

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

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

III

ЭКОНОМИКА

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 _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]



Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Майминан Кансур Азаматдинов

ИНН 47-29-55080 Национальность

Дата рождения 29.11.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнут).

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

A3xc 3

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

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

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

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

Ac Zere

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Махадони исюзи/л

Национальность

Дата рождения 09.06.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть) муж

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Шлепа 1/1 - 102

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 _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Ташкент

«Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы» мемлекеттік мекемесінің

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 026/у-3
«Паспорт здоровья ребенка»

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

(ОКУД бойынша кодтың нысаны 026/у-3)

А.Зере

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

(Код формы по ОКУД-026/у3)

1. БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ / ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

Баланың тегі, аты, әкесінің аты/ Ф.И.О. ребенка Богданов
Нурсултан
Ұлты/Национальность қазақ Туған күні/Дата рождения 08.10.2021
Жынысы: ер/ әйел (қажеттісінің астын сызу керек)/Пол: мужской/ женский (нужное подчеркнуть)
Мекен-жайы (немесе интернат мекемесінің мекен-жайы)/ Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Авдеевская 7а-46

Телефон (тұрғылықты орны)/ Телефон мес/жит.) _____

Қызмет көрсететін емхана/ Обслуживающая поликлиника 217.21

Телефон (мед/ұйым.)/Телефон (мед/орг.) _____

Қанның тобы / Группа крови _____ Резус-фактор _____

Мүнгедектік/Инвалидность _____

Түскен айы, жылы Месяц, год поступле- ния	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме ДО		Орта жалпы білім беру Сред. общего образования		Балалар үй Детский дом	
	жалпы/ общее	түзету/ коррекционное	жалпы/ общее	түзету/ коррекционное	жалпы/ общее	түзету/ коррекционное
Түскен айы, жылы Месяц, год поступле- ния	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ (жалғасы)/ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ (продолжение)					
	Кәсіби білім беру Профессионального образования		Мектеп-интернат Школа-интернат		Балалар үй Детский дом	
	жалпы/ общее	түзету/ коррекционное	жалпы/ общее	түзету/ коррекционное	жалпы/ общее	түзету/ коррекционное

Қолайсыз кәсіби-өндірістік факторлар/ Неблагоприятные профессионально-производственные факторы _____

(кәсіби білім беру ұйымдары үшін, нешінші жылдан бастап)
(для организаций профессионального образования, с какого года)

Mr. Zepf

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИН	Национальность
-----	----------------

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Ф.И.О. год рождения 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 _____

五

[illegible]

ММН

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорыны

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173
Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка Муратбаев Мухаммеджан

Национальность казах Дата рождения 06.07.2021

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 _____

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

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

[illegible]

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

Сакнаган Русошнуна

ИИН 2000000000000000000 Национальность казах

Дата рождения 20.07.2021 18-07-2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Дошашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Таларик 27А

ФИ.О. год рождения матери/законного представителя Монсеньерова Г.М.: 1982

Место работы матери/законного представителя инж. Б. Я. Яковлев

Телефон матери/законного представителя 87423293809

Ф.И.О год рождения отца Каледин Д.С. 1977

Место работы отца АО "Текс-сервис"

Телефоны отца 8 701 416 4948

законных представителей _____

Поликлиника прикрепления _____

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИН национальность

Дата рождения 16 2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Собет Фаиль 11 04 2000.

Место работы матери/законного представителя д/с. Заре - воспитатель

Телефон матери/законного представителя 892782542430

Ф.И.О., год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови _____ Резус-фактор _____

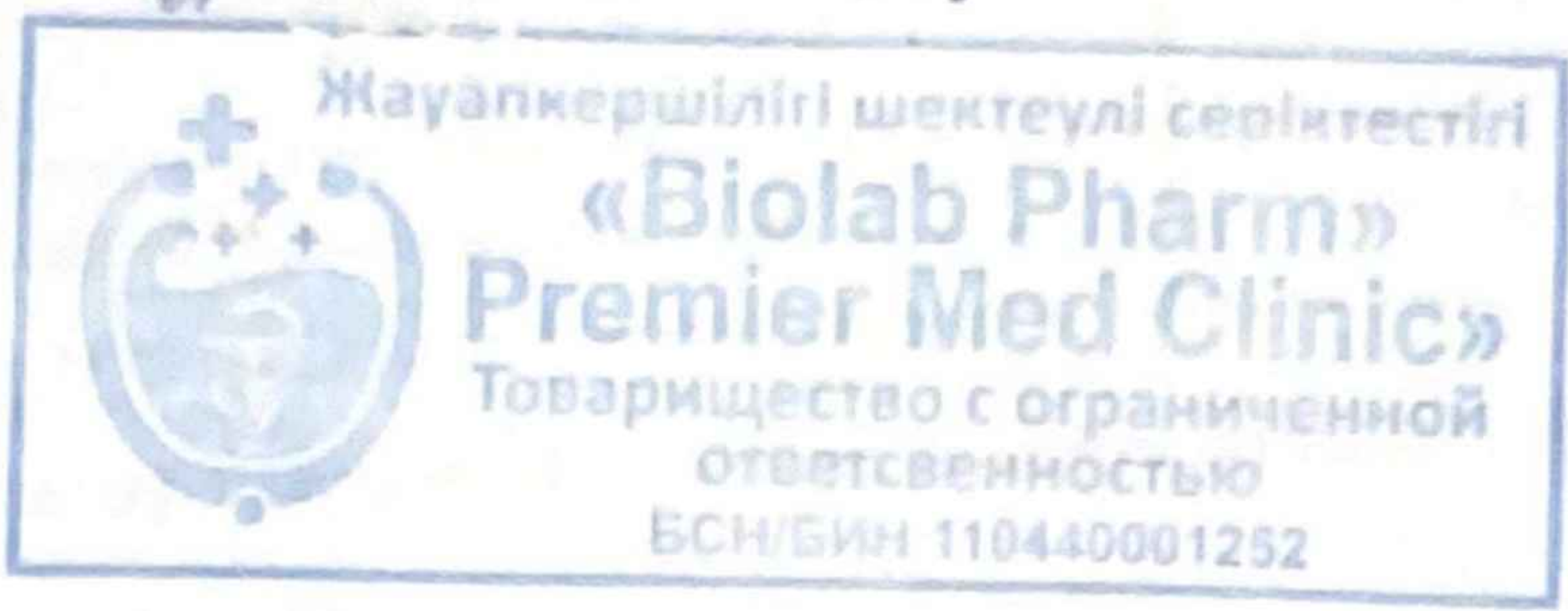
Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

дс 3 ере

«Таламаш»



БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ
(ОКУД бойынша кодтың нысаны 026/3-3) –
ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА
(Код формы по ОКУД-26/3-3)

1. БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ / ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

Бала аты-жөні, әкесінің аты / Ф.И.О. ребенка Таламашов 9

Исмаилов Магсамов

Ұлты / Национальность қазақ Туған күні / Дата рождения 09.02.2004

Жынысы: ер / айел (қажетсізін астыңысыз керек)

Пол: мужской / женский (подчеркнуть)

Мекен жайы (немесе) интернат мекемесінің мекен-жайы Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Вокр 9 Ж.

Телефон (тұрғылықты орны) Телефон (места жительства)

Қызмет көрсететін емхана Обслуживающая поликлиника 100 «Biolab

Pharm Premier Med Clinic

телефон (мед. ұйым.) телефон (мед. орг.) 50-84-14

Қанның тобы / Группа крови Резус-фактор Мүгедектік /

Инвалидность

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное
Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ (жалғасы) / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ (продолжение)					
	Кәсіби білім беру Профессионального		Мектеп-интернат Школа-интернат		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Қолайсыз кәсіби-өндірістік факторлар / Неблагоприятные профессионально-производственные факторы

(Кәсіби білім беру ұйымдары үшін, нешінші жылдан бастап
для организаций профессионального образования, с какого года)

не прил
36000

VI V V V
06

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	КУЖЖ бойынша ұйым қолды Қол отпаны үшін по ОКПО Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қаздағы №175/2020 бұйрығымен бекітілген № 65/с нысаны медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация (Форма № 65/у) Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года №175/2020

Форма № 065/у "КАРТА профилактических прививок"

20 21 года " 05 " 05 _____ взят на учет
Для организованных детей наименование детского учреждения

Самсоубай Казерке
1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

2. Дата рождения 05 05 21

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица Сатпаева 18/58-59
Дом _____ корпус _____
квартира _____

Отметки о перемене адреса

Стр. 4 ф

Прививки против кори + паротит + краснуха

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция прививку на	Медицинск отвод (дата)
вакцинация						Общая (Т*)	Местная
	<u>05 05 21</u>	<u>16 05 22</u>	<u>0,5</u>	<u>0130N108B</u>		<u>ид</u>	
Ревакцинация							
		<u>07 12 23</u>	<u>0,5</u>	<u>0132M0338</u>			

Прививка против других инфекций Туберкулез

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция прививку на	Медицинск отвод (дата)
вакцинация						Общая	Местная
		<u>12 10 21</u>	<u>0,5</u>	<u>ЕК6020</u>	<u>Преვენар</u>	<u>ид</u>	
		<u>14 12 21</u>	<u>0,5</u>	<u>ЕК6020</u>	<u>-и</u>	<u>ид</u>	
Ревакцинация							
		<u>16 05 22</u>	<u>0,5</u>	<u>ET6182</u>	<u>-и-</u>	<u>ид</u>	

Дата снятия с учета)

Подпись

Причина

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ДЛПО) при взятии ребенка на учет

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках

Карта остается в организации.