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, передающихся 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)

«___» _____ 20___ г.