

Сүмсерде

Ан 201

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

Қазақстан Республикасы
"Ақтөбе облысының денсаулық
сақтау басқармасы"

мемлекеттік мекемесінің
шаруашылық жүргізушілік қатынастағы
№ 7 Қалалық емхана

Бала денсаулығының паспорты

Паспорт здоровья ребенка

ШЖК «№ 7 Қалалық емхана» МКК
мемлекеттік қосымша
касіпорыны

ГКП «Городская поликлиника №7» на ПХВ

1. Жалпы ережелер / Общие положения

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

ЖСН / ИИН Умбергалиев Аижуиуиз
210112052430

Туған күні / Дата рождения 12.01.2021 Жынысы / Пол Мен

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

сік Яшук 406/86

Занды өкілдер туралы мәліметтер / Сведения о законных представителях:

Маман
Нана

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления ГКП №7 на ПХВ

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

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

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ) / Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да / нет) нет

Диагноз (АХЖ-10 коды) * / Диагноз (код МКБ-10) * —

Диспансерлік есепке алу күні / Дата взятия на диспансерный учет —

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

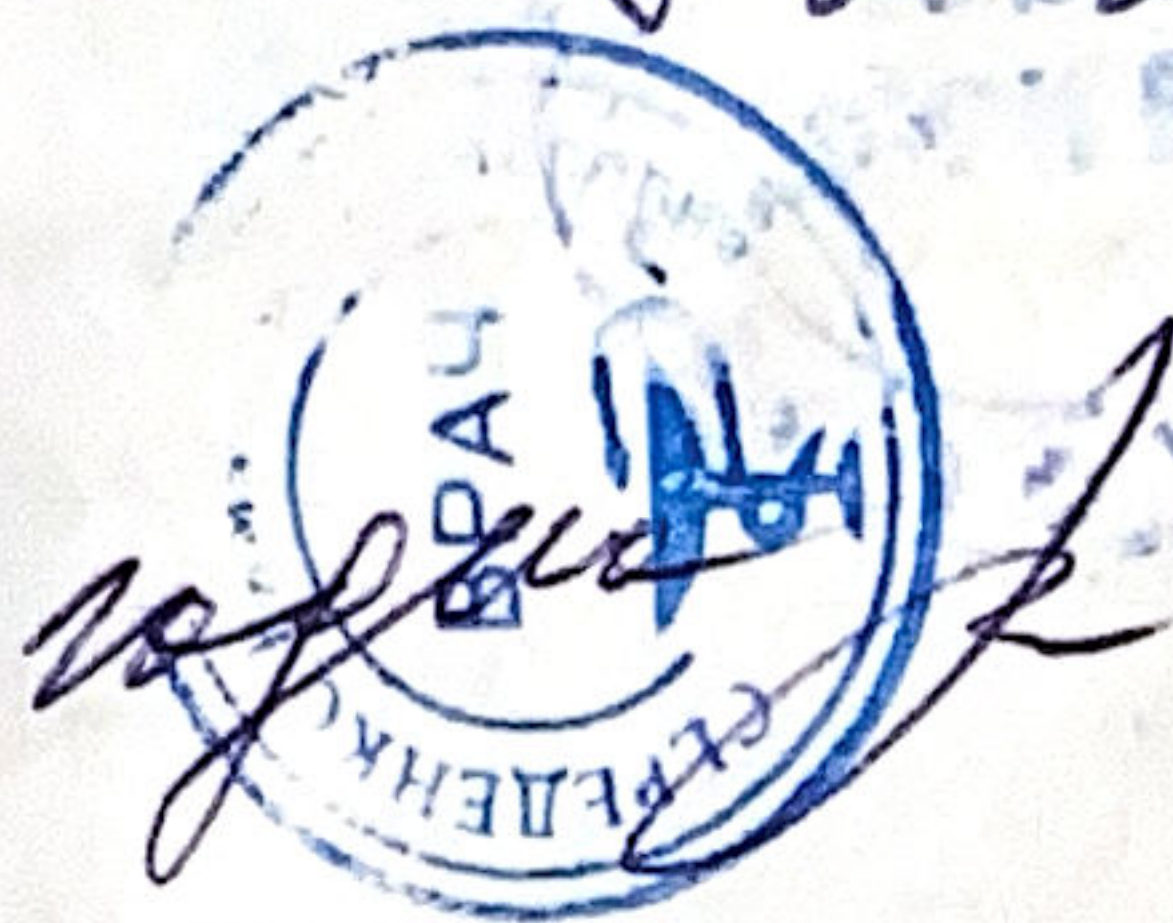
Кесте / Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы / Характеристика организаций

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	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
	✓					

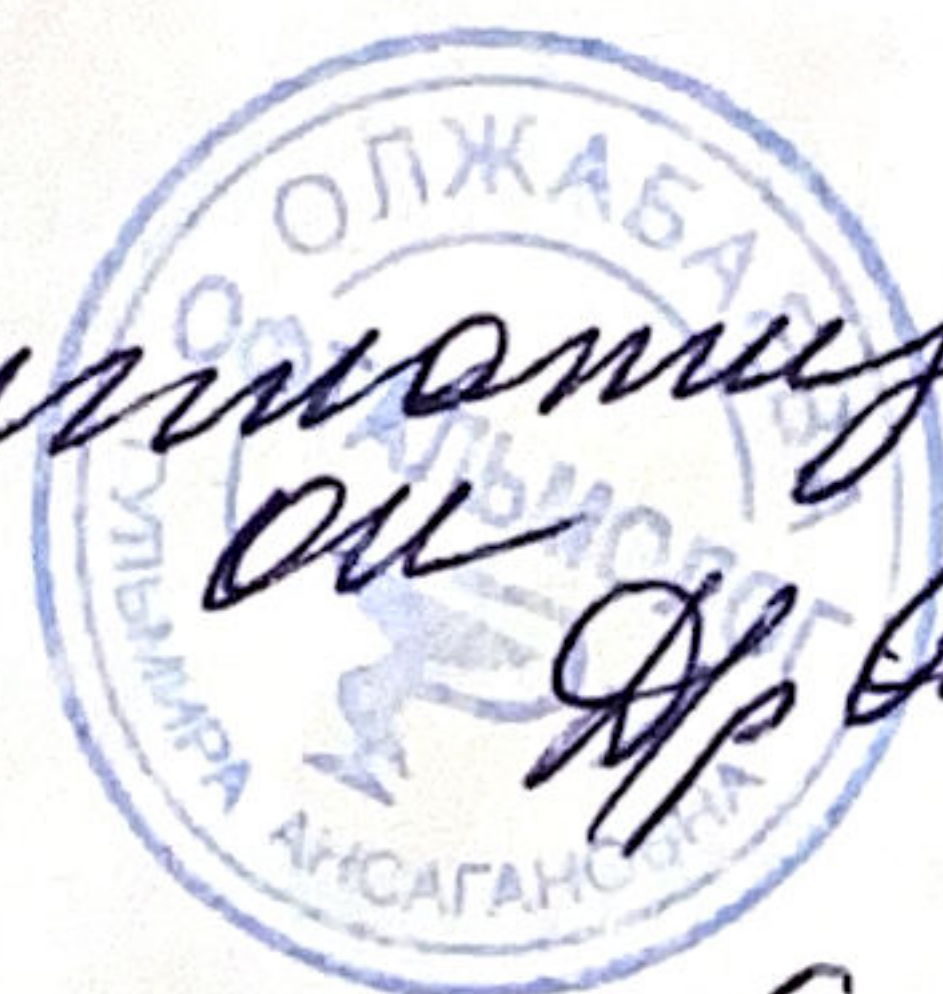
Умарбагенов А. Нургуз
210112652970.

Невропатолог - Ибраг. Жарубз
25 кав

Ур - 23.05.2024
17н



Окушмат - Семейский центр
9 кав



КЗР - 23.05.2024 Рамов А. Н.
17 к.

Аудиокардиограф - 23.05.24.
17н
и сурфологическая
гидро-к

Хирург -
17н.

Сектор - Мех/К галерея
17н.



Қазақстан Республикасы
 "Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы"
 мемлекеттік мекемесінің
 шаруашылық жүргізу құқығындағы
 № 7 Қалалық емханасы
 мемлекеттік коммуналдық
 мекемесі

Инструкция

Ребенок *проходит* *период* *Рост* и *развивается*
мед. персонал
 по возрасту. Теряется ли заболевание

Наше состояние не отягощено. Трудно
 по возрасту. На "D" этапе у новорожденного
 в легких возникают дыхательные. Желудок
 рудна ритмичные, ясные живот без болезненных
 Печень и селезенка не увеличены. Стул
 и диурез в норме.

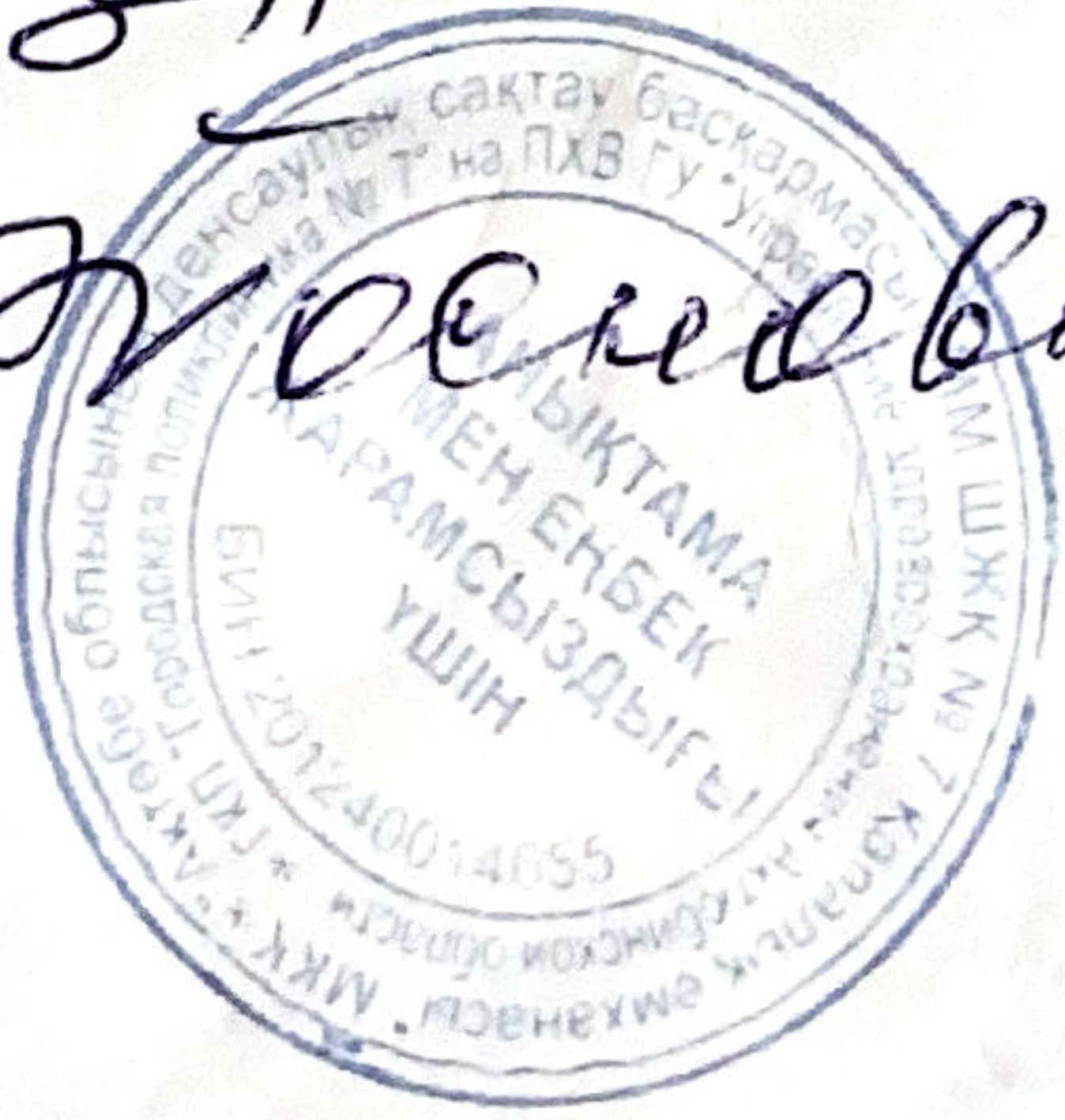
Диагноз: Здоровая. *Сильно астматич.*
Сходство с новорожденным
Инс. с сердечными
тестами

Др. Сергеев
 ИМР-сест
 ГЗТ

Доверенность
 в ф/р.

Т.М. Ковалова

Исследование
 сестры



[Signature]



Қазақстан Республикасы
"Ақтөбе облысының денсаулық
сақтау басқармасы"
мемлекеттік мекемесінің
шаруашылық жүргізу құқығындағы
№ 7 қалалық емханасы"
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорыны

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін
атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен
бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом
исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики
Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА о состоянии здоровья

Дата выдачи 30.05.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №7" на праве
хозяйственного ведения государственного учреждения "Управление здравоохранения Актюбинской области"

1. ЖСН/ИН: 210112652470

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): УТЕПБЕРГЕНОВА АЙЖУЛДЫЗ НУРЖАНОВНА

3. Туған күні (Дата рождения): 12.01.2021

4. Мекенжайы (Адрес): АКТЮБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ АКТОБЕ ДАЧНЫЙ КООПЕРАТИВ: Ягодка Завода №406га , ДОМ: 86

5. Медицинское заключение:

В том что она здорова. Эпид окружение чистое. Дет сад посещать может

6. Рекомендации (при необходимости):

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

ТУРМУХАМБЕТОВА КАРЛЫГА САТЫБАЛДИНОВНА

19203890915236

Мөр
(Печать)

