|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1  к приказу  Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование и адрес медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии), индивидуального предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)  ОГРН (ОГРНИП) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Медицинская документация  Форма  Утверждена приказом  Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ |

**Паспорт врачебного участка (педиатрического)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **за период с \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ по \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_** | | | | | | | | |
|  | день | месяц | год |  | день | месяц | год |  |

Номер (*при наличии*) врачебного участка (педиатрического) \_\_\_\_\_\_\_

Характеристика врачебного участка (педиатрического):

1. Численность прикрепленного детского населения, находящегося   
на медицинском обслуживании у врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) на врачебном участке (педиатрическом) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек.

2. Местность: городская – 1, сельская – 2.

3. Наличие транспорта для обслуживания прикрепленного детского населения на дому: да, нет (нужное подчеркнуть).

4. Адреса проживания прикрепленного детского населения, находящегося на медицинском обслуживании у врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) на врачебном участке (педиатрическом):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_