(pieczątka oddziału)

Zgłoszenie o porodzie

WYPEŁNIA MATKA
Imię i nazwisko matki: ….....
Numer Pesel matki: …..... albo seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr Pesel
Adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać wokresie połogu, oraz nr telefonu kontaktowego: …..... …..... .....
Dane kontaktowe podmiotu wykonującego działalność leczniczą wzakresie podstawowej opieki zdrowotnej (nazwa, adres): …..... ..... …..... *(podpis matki)*

WYPEŁNIA POŁOŻNA
Data i godzina urodzenia dziecka: _ _ / _ _ 20_ _ godz. ….. : …..
Płeć dziecka: kobieta ☐ mężczyzna ☐ …..... *(pieczątka i podpis położnej)*

admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl