

Главному врачу ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»  
Маркарову А.Э.

от \_\_\_\_\_

(ФИО - полностью)

проживающей по адресу: \_\_\_\_\_

(фактический адрес местожительства)

Тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО – полностью)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт гражданина Российской Федерации: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
код подразделения \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ г., зарегистрированная по адресу  
местожительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
иной документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

(далее - пациент).

Прошу разрешить присутствовать при рождении моего ребенка (детей) отцу ребенка  
или иным членам семьи \_\_\_\_\_

(указать степень родства, ФИО отца ребенка или иного члена семьи - полностью).

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт гражданина Российской Федерации: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
код подразделения \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ г., зарегистрированного по адресу  
местожительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
иной документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

(далее – партнер 1),

(указать степень родства, ФИО иного члена семьи - полностью).

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт гражданина Российской Федерации: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
код подразделения \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ г., зарегистрированного по адресу  
местожительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
иной документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

(далее – партнер 2)

присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения,  
при наличии в учреждении родовспоможения соответствующих условий (индивидуальных  
родовых залов) и отсутствии у отца или иного члена семьи инфекционных заболеваний  
в течении \_\_\_\_\_

(указать - всего периода моих родов, либо отдельного его этапа)

Реализация такого права осуществляется без взимания платы с отца ребенка или иного члена семьи (пункт 2 статьи 52 Федерального закона от 21.11.2021 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Результаты обследования партнера 1 и партнера 2, а также иные необходимые документы прилагаются.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---

(Подпись, ФИО пациента – полностью)

Я выражаю свое согласие на личное присутствие при рождении ребенка (детей) у пациента.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---

(Подпись, ФИО партнера 1 – полностью)

Я выражаю свое согласие на личное присутствие при рождении ребенка (детей) у пациента.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---

(Подпись, ФИО партнера 2 - полностью)