

إعلان الولادة

التوليد

القسم _____

اسم العائلة	الاسم الأول والثاني عند الضرورة أو اسم التعميد	تاريخ الميلاد
اسم العائلة قبل الزواج	محل الميلاد	الديانة
الرمز البريدي	محل السكن	الشارع، رقم المنزل
الحالة الاجتماعية	الزواج المدني	محل الزواج المدني/البلد
اسم والد الطفل: اسم العائلة	الاسم الأول والثاني عند الضرورة أو اسم التعميد	تاريخ الميلاد

محل الميلاد	الجنسية	الديانة	الوظيفة
رقم الهاتف المريضة	رقم الهاتف اسم والد الطفل		

2-سرير

1-سرير

غرفة عائلية

من يمكن التواصل معه في حالة الطوارئ

العلاج الطبي الخاص

شركة التأمين الصحي، رقم التأمين، التأمين الإضافي

عيادة طبيبة النساء (الاسم والمكان) عند الضرورة عيادة طبيب الفحوصات الطبية

اسم عائلة الطفل المولود	طبيب خاص؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
-------------------------	-----------	------------------------------	-----------------------------

التأمين المقرر للطفل الوليد، مع الأب أو مع الأم

ترتيب الطفل من هذا الزواج/العلاقة، للأم

الاسم الأول والأخير لآخر طفل مولود

الموعد المتوقع للولادة

بدأ

الرقم بدقتر الولادة	رقم الطفل	وُلد الطفل بتاريخ	1	2	الوزن	جرام	فصيلة الدم (الأم)	
		السنة	الشهر	اليوم	الساعة	دقيقة	الطول	سم
							الوزن	جرام
							الطول	سم
عدد مرات الولادة		توقيع القابلة		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		عدد مرات الحمل		