

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu

Imię i Nazwisko (dziecka).....

PESEL (dziecka).....

zam.

Potwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały:

- w prenatalnym okresie rozwoju dziecka*
- w czasie porodu w dniu*

* właściwe podkreślić

Potwierdzam, że jako lekarz:

- mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia * TAK / NIE/ NIE DOTYCZY
- jestem, zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni/szpitalu*, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej * TAK / NIE/ NIE DOTYCZY
- posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie*:
 - położnictwa
 - ginekologii
 - perinatologii
 - neonatologii

*właściwe podkreślić

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

art. 4 ustawy ust. 3, art. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem"