

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

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu²

Potwierdzam, że u dziecka:.....

imię i nazwisko dziecka

PESEL

Adres zamieszkania

którego przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym/opiekunem faktycznym* jest

.....
imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania.....

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

w prenatalnym okresie rozwoju dziecka*

w czasie porodu *

Potwierdzam, że jako lekarz:

mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia *

jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej *

Oświadczam, że* :

posiadam specjalizację lekarską II stopnia,

posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie*:

- położnictwa,
- ginekologii,
- perinatologii,
- neonatologii .

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* zakreślić właściwe

¹ Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" . zaświadczenie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: **położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.**

² Niniejsze zaświadczenie stanowi podstawę do uzyskania wsparcia w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz instrumentów polityki na rzecz rodziny określonego w przepisach ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" .