

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

....., dnia.....r.

ZAŚWIADCZENIE

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

Pani.....
(imię i nazwisko)

numer PESEL.....

zamieszkała:.....
(adres zamieszkania)

urodziła w dniu..... syna/córkę.....
(data urodzenia) (imię i nazwisko)

POTWIERDZAM*

ciężkie i nieodwracalne upośledzenie

albo

nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu

które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia potwierdzam,
że jako lekarz***

1) mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ

albo

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

2) posiadam specjalizację II stopnia w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub
neonatologii

albo

posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii

.....
(pieczętka i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

*właściwe zaznaczyć;

Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza 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.