

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ¹⁾

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

1. Potwierdzam, że u dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia dziecka:.....nr PESEL dziecka.....

Imię i nazwisko matki dziecka:.....

Nr PESEL matki dziecka:.....

Adres zamieszkania matki dziecka:.....

Zdiagnozowano ¹⁾:

.....

Które/a powstało/a ²⁾:

.....

2. Oświadczam, że ³⁾:

- ☐ NFZ zawarł ze mną umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
- ☐ Jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w zakresie ³⁾:

- ☐ Położnictwa i ginekologii
- ☐ Perinatologii
- ☐ Neonatologii

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

¹⁾ proszę wpisać odpowiednio zgodnie z diagnozą: ciężkie i nieodwracalne upośledzenie lub nieuleczalna choroba zagrożająca życiu

²⁾ proszę wpisać odpowiednio zgodnie z diagnozą: w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu

³⁾ właściwe zaznaczyć x

1) Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparcie kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860). Zgodnie z art. 4 ust. 3 tej ustawy zaświadczenie może zostać wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.