

dnia.....

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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

Potwierdzam, że u dziecka:

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka.....

Imię i nazwisko matki dziecka

Nr PESEL matki dziecka

Adres zamieszkania matki dziecka

.....

Zdiagnozowano²:

ciężkie i nieodwracalne upośledzenie nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu

które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

¹ Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 04.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i ich rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016r. 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.

² Zakreślić właściwe pole