

.....
(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**

Zaświadczam, że Pani
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość¹

.....

zam.
(adres zamieszkania)

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

u którego/ej stwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie* albo nieuleczalną chorobę zagrażającą
życiu*, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka* lub w czasie porodu*.

Oświadczam, że²:

- mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem
Zdrowia;
- jestem zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa, ginekologii, perinatologii
lub neonatologii*.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

- 1 W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL
2 Właściwe zaznaczyć
* Niepotrzebne skreślić