

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

....., dnia.....

(miejsowość, 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 : .....

zamieszkała: .....  
(adres zamieszkania)

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

**u którego stwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu <sup>1</sup>.**

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia oświadczam, że:

- zawarłem umowę NR: ....., z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 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 i ginekologii, perinatologii lub neonatologii <sup>2</sup>.

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

1) właściwe zaznaczyć;

2) zaświadczenie może być wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.