

....., dnia r.
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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

Potwierdzam, że u dziecka:

imię i nazwisko dziecka:

data urodzenia dziecka: nr PESEL dziecka²:

imię i nazwisko matki dziecka:

nr PESEL matki dziecka:

adres zamieszkania matki dziecka:

zdiagnozowano³:

ciężkie i nieodwracalne upośledzenie

nieuleczalną chorobę zagrożającą życiu

która/e powstała/o⁴:

w prenatalnym okresie rozwoju dziecka

w czasie porodu.

Uwagi:
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza posiadającego specjalizację II stopnia
lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa
i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.)

1

Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 4.11.2016 r. o wsparciu 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.

2

jeżeli nr PESEL został nadany

3

podkreślić właściwe pole

4

podkreślić właściwe pole