

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹⁾

Potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu²⁾

Potwierdzam, że u dziecka:.....
imię i nazwisko dziecka

PESEL:.....

Adres zamieszkania.....,

którego przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym/ opiekunem faktycznym* jest

.....
imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały:

- w prenatalnym okresie rozwoju dziecka*
- w czasie porodu*

Potwierdzam, że jako lekarz:

- mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia*
- jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni z którą NFZ zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej*

Oświadczam, że*:

- posiadam specjalizację lekarską II stopnia,
- posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie*
 - położnictwa i ginekologii
 - perinatologii
 - neonatologii
 - neurologii dziecięcej
 - kardiologii dziecięcej
 - chirurgii dziecięcej

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*zakreślić właściwe

- 1) zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. Zaświadczenie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadających specjalizację II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.
- 2) Niniejsze zaświadczenie stanowi podstawę do uzyskania wsparcia w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz instrumentów polityki na rzecz rodziny określonego w przepisach ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”