

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016 poz. 1860) oraz art. 47 ust. 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz 1793, z późn. zm.)

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Zaświadcza się, że u dziecka
(imię i nazwisko, PESEL dziecka o ile został nadany)

stwierdzono:

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie,
- nieuleczalna choroba zagrażająca życiu,

które powstały w:

- prenatalnym okresie rozwoju dziecka
- w czasie porodu¹

Numer umowy zawartej przez lekarza z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń albo świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę.....



(podpis i pieczęć)²

¹ właściwie zakreślić

² lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793), posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.