

.....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....dnia..... r.
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*uprawniająca do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2
ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2020r poz. 1329)
oraz art. 47 ust. 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. 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)

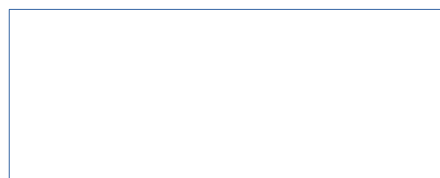
stwierdzono:

- 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 właściwe zakreślić

² lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Z 2016r. Poz. 1793 ze zm. posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej