

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

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i Nazwisko

PESEL

zam.

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

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

* właściwe podkreślić

Potwierdzam, że jako lekarz:

- mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem
Zdrowia * TAK / NIE

- jestem, zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie
świadczeń opieki zdrowotnej * TAK / NIE

- posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: *

- położnictwa
- ginekologii
- perinatologii
- neonatologii

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe podkreślić

art. 4 ustawy ust. 3, art. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za
życiem"