

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/  
praktyki lekarskiej

.....dnia..... r.

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Zaświadczam, iż Pani .....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>1</sup>

.....  
zamieszkała:.....  
(adres zamieszkania)

.....  
urodziła w dniu ..... syna/córkę .....  
(data urodzenia) (imię i nazwisko dziecka)

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

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że<sup>2</sup>:

- zawarłem umowę nr ....., z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
- jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
- posiadam specjalizację II stopnia w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej;
- posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)<sup>3</sup>

1 W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL

2 Właściwe zaznaczyć w kółko

3 Zaświadczenie może być 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, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.