

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

.....
miejsowość, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ¹⁾

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

Potwierdzam, że u dziecka:

imię i nazwisko dziecka:

data urodzenia dziecka: nr PESEL dziecka ²⁾:

.....

imię i nazwisko matki dziecka:

nr PESEL matki dziecka:

adres zamieszkania matki dziecka:

zdiagnozowano ³⁾:

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu

która/e powstała/o ³⁾:

- w prenatalnym okresie rozwoju dziecka w czasie porodu.

Uwagi:

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza ¹⁾)

1) Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 4.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860). Zgodnie art. 4 ust. 3 tej ustawy zaświadczenie może zostać 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 lub neonatologii.

2) jeżeli nr PESEL został nadany

3) zakreślić właściwe pole