

.....
(miejscowość)

.....
(data)

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

ZAŚWIADCZENIE

potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nie
uleczalną chorobę zagrażającą życiu dziecka

Zaświadczam, iż Pani PESEL:

(Imię i Nazwisko)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkała:

(adres zamieszkania)

urodziła w dniu: syna/córkę

(data urodzenia dziecka)

(Imię i Nazwisko dziecka)

u którego to dziecka stwierdzam:

– ciężkie i nieodwracalne upośledzenie

* ☐

– nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu

* ☐

powstałe:

– w okresie prenatalnym rozwoju dziecka

* ☐

– w czasie porodu

* ☐

Uwagi:

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia

oświadczam, iż:

- zawarłem umowę nr z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej**;
- jestem zatrudniony lub pracuję w przychodni, z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielenie świadczeń z opieki zdrowotnej**.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

POUCZENIE

Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r. poz.1860) ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu **stwierdza w zaświadczeniu lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków ubezpieczenia zdrowotnego) posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.**

* proszę wstawić znak X w odpowiednie okienko

** niepotrzebne skreślić