

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

dnia

ZAŚWIADCZENIE

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)

Nr PESEL, seria i nr dowodu osobistego.....

zamieszkała:
(adres zamieszkania)

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

**u którego/ej stwierdzam
ciężkie i nieodwracalne upośledzenie / nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu *
które/ra powstało/ła
w prenatalnym okresie rozwoju dziecka / w czasie porodu. ***

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż zawarłem umowę NR z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej / jestem zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

Posiadam specjalizację II stopnia / tytuł specjalisty* w dziedzinie: położnictwa i ginekologii / perinatologii/neonatologii *

.....
(pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

* niepotrzebne skreślić,

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 lub neonatologii.