

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/  
praktyki lekarskiej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE <sup>1)</sup>

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

### 1. Potwierdzam, że u dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia dziecka:.....nr PESEL dziecka.....

Imię i nazwisko matki dziecka:.....

Nr PESEL matki dziecka:.....

Adres zamieszkania matki dziecka:.....

**Zdiagnozowano <sup>1)</sup>:**

.....

**Które/a powstało/a <sup>2)</sup>:**

.....

### 2. Oświadczam, że <sup>3)</sup>:

- NFZ zawarł ze mną umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
- Jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

**Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w zakresie <sup>3)</sup>:**

- położnictwa i ginekologii
- perinatologii
- neonatologii
- neurologii dziecięcej
- kardiologii dziecięcej
- chirurgii dziecięcej

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

<sup>1)</sup> proszę wpisać odpowiednio zgodnie z diagnozą: ciężkie i nieodwracalne upośledzenie lub nieuleczalna choroba zagrożająca życiu

<sup>2)</sup> proszę wpisać odpowiednio zgodnie z diagnozą: w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu

<sup>3)</sup> właściwie zaznaczyć x

1) Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparcie kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860). Zgodnie z 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, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, chirurgii dziecięcej.