

.....  
(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.