

.....
(miejsowość i data)

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

ZAŚWIADCZENIE

potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu¹

Zaświadczam, iż Pani
numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
.....
zamieszkała

urodziła dziecko, u którego potwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały:

- w prenatalnym okresie rozwoju dziecka
- w czasie porodu w dniu*

* właściwe podkreślić

Potwierdzam, że jako lekarz:

- mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia * TAK / NIE
- jestem, zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej * TAK / NIE
- posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie:
 - położnictwa
 - ginekologii
 - perinatologii
 - neonatologii

* właściwe podkreślić

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

¹ Niniejsze zaświadczenie zgodne z art. 4 ustawy ust. 3, art. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” stanowi podstawę do uzyskania jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu