

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

ZAŚWIADCZENIE

lekarskie 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)

numer PESEL lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

zamieszkała:

(adres zamieszkania)

urodziła w dniu syna/córkę

(data urodzenia)

(imię i nazwisko)

u którego stwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które
powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż **(właściwe
zaznaczyć)** :

- 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 (NR umowy)
- posiadam specjalizację II stopnia w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;
- posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;

.....
(pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (2))

1) w przypadku braku numeru PESEL;

2) 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, perinatologii lub neonatologii;

(Cel wydania zaświadczenia: ubieganie się o jednorazowe świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu zgodnie z ustawą z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016r. poz. 1860)