

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

..... dnia
(miejscowość)

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:

1. ciężkie i nieodwracalne upośledzenie * albo

2. nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu*,

które/ra powstało/ła :

1. w prenatalnym okresie rozwoju dziecka *

2. w czasie porodu*.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że:

1. jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ:

1) zawarłem umowę nr z Narodowym Funduszem Zdrowia O/..... o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* lub

2) jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*,

2. posiadam:

1) specjalizację II stopnia* lub

2) tytuł specjalisty

w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii*.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna

Ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu stwierdza w zaświadczeniu lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. (art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin” Za życiem” Dz. U. poz. 1860)