

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

....., dnia .....r.

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

Zaświadczam, iż Pani .....  
(imię i nazwisko)

PESEL lub nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1</sup> .....

zamieszkała: .....  
(adres zamieszkania)

urodziła w dniu ..... syna/córkę .....  
(data urodzenia) (imię i nazwisko)

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

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż <sup>2</sup> :

- 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 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 <sup>3</sup>

1) w przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL;

2) właściwe zaznaczyć;

3) 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.