

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

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹⁾

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

Potwierdzam, że u dziecka:

imię i nazwisko dziecka:

data urodzenia dziecka: nr PESEL dziecka²⁾:

imię i nazwisko matki dziecka:

nr PESEL matki dziecka:

adres zamieszkania matki dziecka:

.....

zdiagnozowano³⁾:

☐ ciężkie i nieodwracalne upośledzenie

☐ nieuleczalną chorobę zagrożającą życiu

która/e powstała/o³⁾:

☐ w prenatalnym okresie rozwoju dziecka

☐ w czasie porodu.

Uwagi:

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza¹⁾)

¹⁾ Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 4.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2019 r. poz. 473). Zgodnie art. 4 ust. 3 tej ustawy **zaświadczenie może zostać wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.**

²⁾ jeżeli nr PESEL został nadany

³⁾ zakreślić właściwe pole