…… …… ,dnia .....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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 uprawniające do korzystania ze wsparcia o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz.U. z 2019 r., poz. 473) oraz art. 47 ust 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (Dz.U.z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

Pani …….
(imię i nazwisko)

numer PESEL ……..……..

zamieszkała: ……...……...

nazwisko i imię dziecka ……..…….. ……

data urodzenia ……..……

numer PESEL dziecka (o ile został nadany) ……..……

zamieszkała(y) ……...……..……

Zaświadcza się, że w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w okresie porodu powstało[1)]:

□ ciężkie i nieodwracalne upośledzenie

□ nieuleczalna choroba zagrażająca życiu dziecka

……..
(podpis lekarza i pieczątka[2)])

[1)] Zaznaczyć właściwe poprzez znak „X"
[2)] Pieczątka z poświadczeniem specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii