

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia

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 2024r., poz. 1829) oraz art. 47 ust 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024r. poz.146)

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 powstało¹⁾:

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie
- nieuleczalna choroba zagrażająca życiu dziecka

.....
(podpis lekarza i pieczęć²⁾)

¹⁾ Zaznaczyć właściwe poprzez znak „X”

²⁾ Pieczęć z poświadczeniem specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii