

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

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i Nazwisko

PESEL

zam.

Potwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały*:

w prenatalnym okresie rozwoju dziecka w czasie porodu w dniu

Potwierdzam, że jako lekarz:

- mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia * TAK / NIE
- jestem, zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej * TAK / NIE
- posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie*:

położnictwa

ginekologii

perinatologii

neonatologii

* właściwe zaznaczyć

.....
(pieczęć i podpis lekarza)