

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

.....  
(miejsowość 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)