

.....  
(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**

Pani.....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość  
.....

zamieszkała.....  
(adres zamieszkania)

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

- w prenatalnym okresie rozwoju dziecka  
 w czasie porodu w dniu .....

\* właściwe zakreślić

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

\* właściwe podkreślić

Oświadczam, że posiadam specjalizację II stopnia i/lub tytuł specjalisty w dziedzinie  
położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii  
dziecięcej lub chirurgii dziecięcej

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)