

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(nr umowy z NFZ)

..... dnia r.
(miejsowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE

wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia
lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii neonatologii,
neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.¹⁾

Zaświadcza się, że dziecko ur.

(imię i nazwisko)

(data urodzenia)

urodziło się żywe.

Po urodzeniu stwierdzono **ciężkie i nieodwracalne upośledzenie / nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu,²⁾**
które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

¹⁾ Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 04 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin : "Za życiem"
(Dz.U. 2019 poz. 473 z późn. zm.)

²⁾ Niepotrzebne skreślić