

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/  
praktyki lekarskiej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE <sup>1)</sup>

**Zaświadczam, że u dziecka:**

Imię i nazwisko dziecka.....

Nr PESEL dziecka

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

**Oświadczam, że: \***

- NFZ zawarł ze mną umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
- Jestem zatrudniony lub wykonuję zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

**Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w zakresie: \***

- Położnictwa i ginekologii
- Perinatologii
- Neonatologii
- Neurologii dziecięcej
- Kardiologii dziecięcej
- Chirurgii dziecięcej

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

\* właściwe zaznaczyć x

1) Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparcie kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. Zgodnie z art. 4 ust. 3 tej ustawy zaświadczenie może zostać 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, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.**