

....., dnia .....

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej posiadającego umowę z NFZ  
albo pieczęć praktyki lekarskiej posiadającej umowę z NFZ)

## Z A Ś W I A D C Z E N I E

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

I. Zaświadczam, że Pani ..... PESEL\* .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkała: .....  
(adres zamieszkania)

urodziła w dniu ..... syna/córkę .....  
(data urodzenia) (imię i nazwisko dziecka)

u którego stwierdzam:

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

II. Oświadczam, że:

1.  zawarłem umowę nr ....., z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

jestem zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy (klinika, szpital, przychodnia), z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej\*\*\*;

2.  posiadam specjalizację II stopnia;

posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii\*\*\*;

.....  
(pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego\*\*\*\*)

\* w przypadku gdy nie nadano nr PESEL, należy podać nr dokumentu potwierdzającego tożsamość;

\*\* niepotrzebne skreślić;

\*\*\* właściwe zaznaczyć;

\*\*\*\*zaświadczenie może być wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U z 2016r. Poz. 1793 ze zm.), posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.