

.....  
(miejsowość)

(data)

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

### ZAŚWIADCZENIE

potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu dziecka.

Zaświadczam, iż Pani ..... PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(Imię i Nazwisko)

Zamieszkała: .....  
(adres zamieszkania)

urodziła w dniu:..... syna/córkę .....  
(data urodzenia dziecka) (Imię i Nazwisko dziecka)

u którego to dziecka stwierdzam:

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie  \*
- nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu powstałe:  \*
- w okresie prenatalnym rozwoju dziecka  \*
- w czasie porodu  \*

Uwagi: .....  
.....  
.....

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż:

- zawarłem umowę nr ..... z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej\*\*;
- jestem zatrudniony lub pracuję w przychodni, z którą Narodowy Fundusz zdrowia zawarł umowę o udzielenie świadczeń z opieki zdrowotnej\*\*.

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

### POUCZENIE

Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U.2016.1860) ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu **stwierdza w zaświadczeniu lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków ubezpieczenia zdrowotnego) posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.**

\* proszę wstawić znak X w odpowiednie okienko  
\*\* niepotrzebne skreślić