

.....  
(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 <sup>1)</sup>**

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

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

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

Potwierdzam, że jako lekarz:

- mam zawartą umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>2)</sup>

- TAK
- NIE

- jestem, zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą Narodowy fundusz Zdrowia zawarł  
umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej <sup>2)</sup>

- TAK
- NIE

- posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie <sup>2)</sup>:

- położnictwa,
- ginekologii,
- perinatologii,
- neonatologii.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

1) Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życie”

2) Zaznaczyć odpowiednie okienko