

ZAŚWIADCZENIE

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

Zaświadczam, iż Pani
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾

zamieszkała:
(adres zamieszkania)

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

u którego/ej stwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie* albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu*, które powstało w prenatalnym okresie rozwoju dziecka* lub w czasie porodu*.

* niepotrzebne skreślić

Oświadczam, iż ²⁾:

- jako świadczeniodawca zawarłem umowę Nr z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- jestem zatrudniony lub wykonuję zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- posiadam specjalizację II stopnia w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;
- posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

.....
(pieczętka i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego ³⁾)

- 1) w przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL;
- 2) właściwe zaznaczyć;
- 3) 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, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii