

....., dnia r.

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/przychodni/
praktyki lekarskiej)

Zaświadczenie lekarskie

potwierdzające zdiagnozowanie u dziecka ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu

Zaświadczam, że u dziecka

(imię i nazwisko)

urodzonego w dniu PESEL zamieszkałego

..... stwierdzam 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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- jestem zatrudniona/y lub wykonuję zawód w przychodni/szpitalu, z którą/ym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie:

- położnictwa i ginekologii
- perinatologii
- neonatologii
- neurologii dziecięcej
- kardiologii dziecięcej
- chirurgii dziecięcej

Cel wydania zaświadczenia: ubieganie się o jednorazowe świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu na podstawie Ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem"

.....
pieczęć i podpis lekarza uprawnionego
do wydania zaświadczenia

1. 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.