

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć z nazwą i adresem zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E

Potwierdzam u dziecka

imię i nazwisko

zam.

adres zamieszkania

urodzonego w dniu

PESEL

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie *
- nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu *

które powstało w:

- prenatalnym okresie rozwoju dziecka *
- czasie porodu *

Ponadto potwierdzam, jako lekarz, iż jestem:

- świadczeniodawcą z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej *
- jestem zatrudniony lub wykonuję zawód u świadczeniodawcy z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej *

Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia Nr

zawarta na okres

oraz, że posiadam:

1. specjalizację II stopnia w dziedzinie: *
 - położnictwa i ginekologii *
 - perinatologii*
 - neonatologii*
 - neurologii dziecięcej*
 - kardiologii dziecięcej*
 - chirurgii dziecięcej*
2. tytuł specjalisty w dziedzinie: *
 - położnictwo i ginekologii*
 - perinatologii*
 - neonatologii*
 - neurologii dziecięcej*
 - kardiologii dziecięcej*
 - chirurgii dziecięcej*

*** właściwe podkreślić**

.....
podpis i pieczęć lekarza

Zaświadczenie wystawione zostało w oparciu o art.4 ust.3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i ich rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329)