

....., 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

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**.