

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia ..... r.

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy**  
**z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze**  
**środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytułu**  
**specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub**  
**neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii**  
**dziecięcej.**

Pani

.....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>1)</sup>

.....  
zamieszkała:

.....  
(adres zamieszkania)

W dniu..... urodziła dziecko..... u którego  
w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu powstało:

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie,
- stwierdzono nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu dziecka<sup>3)</sup>

Uwagi:

.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza<sup>2)</sup>)

- 
- 1) W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.
  - 2) Pieczęć lekarza z poświadczeniem specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej, posiadającego umowę z NFZ.
  - 3) Art. 4, ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" (Dz.U.2020.1329).