....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i nazwisko: ……PESEL: …….…….....

zam.: ……..…….....……..……..……..

potwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały*:

☐ w prenatalnym okresie rozwoju dziecka

☐ w czasie porodu w dniu …….....

Ponadto oświadczam, że:

- jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 2016, poz 1793 z późn. zm.) ☐ TAK* ☐ NIE*

- posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii ☐ TAK* ☐ NIE*

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

Niniejsze zaświadczenie wydaje się w celu uzyskania jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Wymóg posiadania niniejszego zaświadczenia w celu przyznania jednorazowego świadczenia określa art. 4 ust 3 oraz art. 10 ust 1 *Ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem"* (Dz.U. 2016, poz. 1860)

---

* zaznaczyć właściwe