…………………………, dnia………………r.

………………………………

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

praktyki lekarskiej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE1)**

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

1. **Potwierdzam, że u dziecka:**

Imię i nazwisko dziecka:…………………………………………………………………

Data urodzenia dziecka: …………………………..PESEL……………………………..

Imię i nazwisko matki dziecka: ..………………………………………………………..

Nr PESEL matki dziecka: ……………………………………………………………….

Adres zamieszkania matki dziecka: ……………………………………………………..

**Zdiagnozowano:**

* + ciężkie i nieodwracalne upośledzenie
  + nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu

**która/e powstała/o):**

* w prenatalnym okresie rozwoju dziecka
* w czasie porodu

1. **Oświadczam, że:**

* NFZ zawarł ze mną umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
* Jestem zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł   
  o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

**Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w zakresie:**

* Położnictwa i ginekologii
* Perinatologii
* Neonatologii

**……………………………………**

(pieczątka i podpis lekarza)

\*właściwe zaznaczyć **x**

Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin ,,Za życiem” (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860). Zgodnie z art. 4 ust. 3 tej ustawy zaświadczenie może zostać wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.