

....., dn. ....  
Miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że u dziecka ....., urodzonego dn. ....  
Imię i Nazwisko dziecka data

PESEL: ....., zamieszkałego: .....  
Miejscowość, ulica i nr domu

stwierdza się\*:  ciężkie i nieodwracalne upośledzenie  
albo  nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu

które powstały:  w prenatalnym okresie rozwoju dziecka  
lub  w czasie porodu

### Zaświadczenie wystawił:

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych\*: TAK  NIE

#### **posiadający\*:**

specjalizację II stopnia w dziedzinie:  położnictwa i ginekologii,  
 perinatologii,  
 neonatologii

#### **lub**

tytuł specjalisty w dziedzinie:  położnictwa i ginekologii,  
 perinatologii,  
 neonatologii.

.....  
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego  
zaświadczenie

\_\_\_\_\_  
\* zaznaczyć właściwe

\* Zgodnie z art. 5 pkt 14 ustawy z dnia 27-08-2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2016, poz. 1793 z późn. zm.) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego oznacza - *lekarza, lekarza dentystrę będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystrę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.*