

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/praktyki lekarskiej)

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

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>**

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

Zaświadczam, iż Pani .....

(imię i nazwisko)

.....  
(numer PESEL lub nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>2</sup>)

zamieszkała: .....

(adres zamieszkania)

urodziła w dniu ..... syna/córkę .....

(data urodzenia)

(imię i nazwisko)

.....  
(numer PESEL lub nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>2</sup>)

Stwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu<sup>3</sup>,  
które powstały:

- w prenatalnym okresie rozwoju dziecka  
 w czasie porodu

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, oświadczam, iż :

1. jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
2. posiadam specjalizację II stopnia w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

Podstawa prawna: art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4.11.2016 r. o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

<sup>1</sup> Lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii

<sup>2</sup> W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

<sup>3</sup> Niewłaściwe skreślić.