

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

.....
(miejscowość i 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

* właściwe podkreślić

Potwierdzam, że jako lekarz:

- mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia * TAK / NIE
- jestem, zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej * TAK / NIE
- posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie:

	położnictwa i ginekologii
	perinatologii
	neonatologii

	neurologii dziecięcej
	kardiologii dziecięcej
	chirurgii dziecięcej

* właściwe zaznacz „X”

.....
(pieczęć i podpis lekarza)