

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
praktyki lekarskiej

..... dnia.....
(miejscowość data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE 2)

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:Nr PESEL dziecka.....

Imię i nazwisko matki dziecka:.....

Nr PESEL matki dziecka.....

Adres zamieszkania matki dziecka

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

2. Oświadczam, że 3):

NFZ zawarł ze mną umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

Jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w zakresie 3):

Położnictwa i ginekologii

Perinatologii

Neonatologii

Neurologii dziecięcej

Kardiologii dziecięcej

Chirurgii dziecięcej

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

1) Właściwie zaznaczyć X

2) Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” Dz.U. z 2020r. poz.1329).Zgodnie z art.4 ust.3 tej ustawy zaświadczenie może zostać wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.