

.....  
(pieczęćka podmiotu leczniczego/ praktyki  
lekarskiej/ praktyki położnej albo nazwa  
(firma) tego podmiotu/ praktyki)

.....  
(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Potwierdzam, że u dziecka:

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia dziecka: .....

Nr PESEL dziecka: .....

Imię i nazwisko rodzica dziecka: .....

Nr PESEL rodzica dziecka: .....

Adres zamieszkania rodzica dziecka: .....

.....

Zdiagnozowano<sup>1)</sup>:

ciężkie i nieodwracalne upośledzenie       nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu

która/e powstała/o<sup>1)</sup>:

w prenatalnym okresie rozwoju dziecka       w czasie porodu

Uwagi: .....

Oświadczam, że posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie<sup>1)</sup>:

położnictwa i ginekologii,

perinatologii,

neonatologii,

neurologii dziecięcej,

kardiologii dziecięcej,

chirurgii dziecięcej.

Jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego numer prawa wykonywania zawodu:  
....., w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach  
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i oświadczam, że<sup>1)</sup>:

- NFZ zawarł ze mną umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej,  
 jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o  
udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań (Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8).

.....  
(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz  
nr prawa wykonywania zawodu lekarza/położnej)

<sup>1)</sup> zakreślić właściwe pole