

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia r.
(miejsowość) (data)

.....
(nr umowy z NFZ)

ZAŚWIADCZENIE

wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.¹⁾

Zaświadcza się, że dziecko ur.
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

urodziło się żywe.

Po urodzeniu stwierdzono **ciężkie i nieodwracalne upośledzenie / nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu,**²⁾ które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

¹⁾ Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 04 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin: "Za życiem" (Dz.U. 2019 poz. 473 z późn. zm.)

²⁾ Niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia r.
(miejsowość) (data)

.....
(nr umowy z NFZ)

ZAŚWIADCZENIE

wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.¹⁾

Zaświadcza się, że dziecko ur.
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

urodziło się żywe.

Po urodzeniu stwierdzono **ciężkie i nieodwracalne upośledzenie / nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu,**²⁾ które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

¹⁾ Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 04 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin: "Za życiem" (Dz.U. 2019 poz. 473 z późn. zm.)

²⁾ Niepotrzebne skreślić