

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

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

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

potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę  
zagrożającą 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<sup>2)</sup>: .....

imię i nazwisko matki dziecka: .....

nr PESEL matki dziecka: .....

adres zamieszkania matki dziecka: .....

.....

zdiagnozowano<sup>3)</sup>:

ciężkie i nieodwracalne upośledzenie

nieuleczalną chorobę zagrożającą życiu

która/e powstała/o<sup>3)</sup>:

w prenatalnym okresie rozwoju dziecka

w czasie porodu.

Uwagi: .....

.....

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza<sup>1)</sup>)

<sup>1)</sup> Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 4.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860). Zgodnie art. 4 ust. 3 tej ustawy **zaświadczenie może zostać wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.**

<sup>2)</sup> jeżeli nr PESEL został nadany

<sup>3)</sup> zakreślić właściwe pole