

....., dniar.

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

ZAŚWIADCZENIE

**lekarskie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę
zagrożającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie
porodu**

Zaświadczam, iż Pani
(imię i nazwisko)

PESEL
.....

zamieszkała:.....
(adres zamieszkania)

urodziła w dniu syna/córkę
(data urodzenia) (imię i nazwisko)

**u którego stwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę
zagrożającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie
porodu.**

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia oświadczam,
że jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004
r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz posiadam
specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii,
perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii
dziecięcej.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)