

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

dniar.

ZAŚWIADCZENIE **wystawione przez**

lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. lekarza będącego świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej) posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.

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

Zaświadczam, iż Pani PESEL
(imię i nazwisko) numer PESEL lub nazwa i nr dokumentu
potwierdzającego tożsamość 1)

zamieszkała:
(adres zamieszkania)

urodziła w dniu żywe dziecko PESEL.....
(data urodzenia) (imię i nazwisko dziecka) (PESEL dziecka jeśli został nadany)

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

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż :

1) zawarłam/em umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub jestem zatrudniona/y albo wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁾;

TAK ☐ NIE ☐

2) posiadam specjalizację II stopnia w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej³⁾ lub posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej²⁾;

TAK ☐ NIE ☐

.....
(pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego 3)

1) w przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL;

2) właściwe zaznaczyć;

3) zaświadczenie może być 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, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej