

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

.....  
(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**

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL .....

zam. ....

Potwierdzam:\*

- Ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo
- Nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu,

które powstały:

- w prenatalnym okresie rozwoju dziecka
- w czasie porodu w dniu .....

Potwierdzam, że jako lekarz:\*

- mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia .....TAK/NIE
- jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.....TAK/NIE
- posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie:
  - położnictwa i ginekologii
  - perinatologii
  - neonatologii
  - neurologii dziecięcej
  - kardiologii dziecięcej
  - chirurgii dziecięcej

.....  
(pieczęć, podpis lekarza)

\*właściwe zaznaczyć

Podstawa prawna: art. 4 ust. 3 Ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem” (Dz. U z 2020 r. poz. 1329)

Art. 4 ust. 3 w/w ustawy:

Ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, o których mowa w ust. 2 pkt 2-4, stwierdza w zaświadczeniu lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu [ustawy](#) z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.