

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

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹
potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę
zagrożającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie
porodu, uprawniające do jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia dziecka

U dziecka
(imię i nazwisko)

Numer PESEL

zamieszkałego:
(adres zamieszkania)

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

¹ Wystawia 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 lub neonatologii.