

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

.....
(miejsowość i data)

Z A Ś W I A D C Z E N I E

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

Dziecko

.....
(imię i nazwisko)

numer PESEL

zamieszkałe:
(adres zamieszkania)

zostało zdiagnozowane z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą
zagrożającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza) *

*** zaświadczenie ma prawo wystawić 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.**
