

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej¹⁾)

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że u dziecka.....ur. dnia.....
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie / nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu¹,
które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza²)

1) Niepotrzebne skreślić

2) Lekarz, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo lekarz, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.