

.....
nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....dnia..... r.
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4
ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (t.j. Dz. U. z 2019 poz. 473) oraz art. 47 ust. 1a i art.
47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.)*

Nazwisko i imię dziecka
Data urodzenia
Numer PESEL dziecka (o ile został nadany).....
zamieszkała(y).....

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

Zaświadczenie może być wystawione tylko przez 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.

.....
Pieczęć i podpis lekarza