

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że u dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia:.....

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany):.....

zamieszkała(y):.....

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

Oświadczam, że:*

- NFZ zawarł ze mną umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
- Jestem zatrudniony/a lub wykonuję zawód u świadczeniodawcy, z którymi NFZ zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

.....
(pieczęć i podpis lekarza **)

* właściwe zakreślić

** do wystawienia zaświadczenia zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860) o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” uprawniony jest 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.

Niniejsze zaświadczenie uprawnia do ubiegania się o jednorazowe świadczenie pieniężne, o którym mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860) o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.