

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii

Pani

.....,
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość³⁾

.....,

zamieszkała:

.....
(adres zamieszkania)

W dniuu rodziła dziecko u którego w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu powstało:

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie,
- stwierdzono nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu dziecka

Uwagi:

.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza ²⁾)

¹⁾ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

²⁾ Pieczęć lekarza z poświadczeniem specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, posiadającego umowę z NFZ.