

.....  
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” (Dz. U. 2019 poz. 473 ze zm.)  
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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.)*

Nazwisko i imię dziecka .....

Data urodzenia .....

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

zamieszkała(y).....

- Dziecko cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie\*;
- Dziecko cierpi na nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu\*.

\*zaznaczyć właściwe

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

### Potwierdzam, że jako lekarz:

- mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ \* TAK / NIE
- jestem, zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej \* TAK / NIE
- posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa, ginekologii, perinatologii, neonatologii \*

Zaświadczenie wystawia lekarz **ubezpieczenia zdrowotnego** (lekarz, który pracuje w placówce finansowanej przez NFZ), który: 1) **posiada specjalizację II stopnia lub 2) tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.**