

.....
(pieczęć zakładu)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO/*

stwierdzające u dziecka ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu/**

Zaświadczam, że Pani

(imię i nazwisko)

PESEL

Zamieszkała:

urodziła w dniu dziecko

(data)

(imię i nazwisko dziecka)

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

.....
(podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

*/*Zaświadczenie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu przepisów 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.*

Lekarzem w rozumieniu w/w ustawy jest lekarz, będący świadczeniodawcą (podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej), z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

*** Zaświadczenie wydaje się w celu uzyskania świadczeń określonych w Ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860), które powinny spełniać wymogi art. 4 ust. 3 w/w ustawy.*