....................................................... ..............................
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej (miejscowość i data) lub praktyki lekarskiej)

 **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i Nazwisko ……………………………………………………………………………

PESEL ………………………………………………………………………………………

zam. …………...……………………………………………………………………………

**1.** Potwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały:

 W prenatalnym okresie rozwoju dziecka

 W czasie porodu w dniu …………………….……..
**\* właściwe podkreślić**

**2.** Potwierdzam, że jako lekarz: mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia

 **TAK / NIE**
**\* właściwe podkreślić**

 **3.** Jestem, zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

 **TAK / NIE**
**\* właściwe podkreślić**

 **4.** Posiadam specjalizację II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie:

- położnictwa
- ginekologii
- perinatologii
- neonatologii
**\* właściwe podkreślić**
 .................................................
 (pieczątka i podpis lekarza)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem”