

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej 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 dziecka .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

adres zamieszkania .....

### **ROZPOZNANIE**

Potwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie i/lub nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały: .....

.....  
.....  
.....

uzupełnić właściwie :                    /w prenatalnym okresie rozwoju dziecka/; /w czasie porodu w dniu... r./

#### Cel wydania zaświadczenia:

Ubieganie się o jednorazowe świadczenie przyznawane na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r. poz. 1860), z tytułu urodzenia się żywego dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Podstawa prawna:

art. 4 ustawy ust. 3, art. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem"

Oświadczam, że posiadam specjalizację II stopnia i/lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa, ginekologii, perinatologii, lub neonatologii.

Jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)