....................................................... ..............................  
(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”