

Pieczęć placówki ubezpieczenia zdrowotnego

Miejscowość ..... data.....

## ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że

ciąża Pani ..... /  
Imię, Nazwisko, data urodzenia

dziecko: ..... ur. ....,  
Imię, Nazwisko

posiada:

ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo

nieuleczalna chorobę zagrażającą życiu

Powyższe upośledzenie/choroba powstało w:

prenatalnym okresie rozwoju dziecka

w czasie porodu

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

Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie:

położnictwa i ginekologii,

perinatologii

neonatologii

Pieczęć i podpis lekarza specjalisty