

.....dniar.
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/ 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,

Zaświadczam, iż Pani
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość *

.....,

zamieszkała:
(adres zamieszkania)

urodziła w dniu syna/córkę
(data urodzenia) (imię i nazwisko)

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

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż *** :

- zawarłem umowę NR, z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- jestem zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- posiadam specjalizację II stopnia w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;
- posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;

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

* w przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL;

** , *** właściwe zaznaczyć;

**** zaświadczenie może być wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa

.....
nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....dnia..... r.
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4
ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) oraz art. 47 ust. 1a i art.
47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)*

Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany).....

zamieszkała(y).....

**Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę
zagrożającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub
w czasie porodu.**

.....
Pieczęć i podpis lekarza

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/praktyki położnej ¹⁾)

.....dnia.....r.

ZAŚWIADCZENIE

lekarskie /wystawione przez położną ¹⁾
potwierdzające pozostawienie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10.tygodnia ciąży do porodu ,uprawnijającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka ²⁾

Pani
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ³⁾

.....
zamieszkała:

.....
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych ⁴⁾

1) pierwszy trymestr ciąży -

2) drugi trymestr ciąży -

3) trzeci trymestr ciąży -

.....
(pieczęć i podpis lekarza/położnej ¹⁾)

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

³⁾ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL,

⁴⁾ Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.