……………………………………… ………………………….  
( nazwa i adres podmiotu leczniczego) (miejscowość, data)

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

1. **Potwierdzam, że u dziecka:**

Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………………………….....................  
Data urodzenia dziecka: ………………...……. PESEL (o ile został nadany)……….…………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………….…   
**Zdiagnozowano\*:**  
 Ciężkie i nieodwracalne upośledzenie,   
 Nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu,  
**które powstały\*:**  
 w prenatalnym okresie rozwoju dziecka  
 w czasie porodu   
**2. Potwierdzam, że jako lekarz:\***  
 mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia   
 jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej   
**Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie\*:** położnictwa i ginekologii  
 perinatologii  
 neonatologii  
 neurologii dziecięcej  
 kardiologii dziecięcej  
 chirurgii dziecięcej  
 ……………………………….  
 (pieczątka, podpis lekarza)

\*właściwe zaznaczyć