……………………………………… ………………………….
( 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