

.....
(pieczęć zakładu)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO/*

*w celu uzyskania świadczeń określonych w Ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet
w ciąży i rodzin „Za życiem”(Dz. U. poz. 1860)*

Zaświadczam, że Pani

(imię i nazwisko)

PESEL

Zamieszkała:

urodziła w dniu dziecko

(data)

(imię i nazwisko dziecka)

u którego stwierdzam/**:

.....
.....
.....
.....
.....

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

*/*Zaświadczenie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.*

Lekarzem w rozumieniu w/w ustawy jest lekarz, będący świadczeniodawcą (podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej), z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

/ W zaświadczeniu lekarz stwierdza czy u dziecka występuje ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu, która powstała w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu**