

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE

**WYMAGANE W CELU UZYSKANIA JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU URODZENIA DZIECKA, U KTÓREGO ZDIAGNOZOWANO CIĘŻKIE I NIEODWRACALNE UPOŚLEDZENIE ALBO NIEULECZALNĄ CHOROBE ZAGRAŻAJĄCĄ ŻYCIU, KTÓRE POWSTAŁY W PRENATALNYM OKRESIE ROZWOJU DZIECKA LUB W CZASIE PORODU**

Zaświadczam, że dziecko:

---

(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)

*posiada ciężkie i nieodwracalne upośledzenie/nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu\*, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka/w czasie porodu\*.*

*(\* niepotrzebne skreślić)*

---

(pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego  
wraz z numerem umowy z NFZ)\*\*

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