…….. ……, dnia …….. r.
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE[1]

potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, uprawniające do jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia dziecka

U dziecka ……..
(imię i nazwisko)

Numer PESEL ……..

zamieszkałego: ……
(adres zamieszkania)

stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

……
(pieczątka i podpis lekarza)

[1] Wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadający specjalizacje II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej