

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/  
praktyki lekarskiej)

....., dnia .....r.

## ZAŚWIADCZENIE

**Zaświadcza się, że**

Pani .....  
(imię i nazwisko)

Numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>1</sup>

.....

Zamieszkała:

.....

(adres zamieszkania)

urodziła dziecko żywe, u którego zdiagnozowano:

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie,
- nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu,

które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza<sup>2</sup>)

<sup>1</sup> W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL,

<sup>2</sup> Zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

**JEDNOCZEŚNIE Z ZAŚWIADCZENIA WYNIKAĆ MAJĄ POWYŻSZE DANE W SPOSÓB  
NIE BUDZĄCY WĄTPLIWOŚCI.**