

.....
(pieczęć ośrodka)

.....
(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.

Potwierdzam, że u dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:nr PESEL dziecka¹⁾:

Imię i nazwisko matki dziecka:

Nr PESEL matki dziecka:

Adres zamieszkania matki dziecka:

Zdiagnozowano²⁾:

ciężkie i nieodwracalne upośledzenie nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu

która/e powstała/o²⁾:

w prenatalnym okresie rozwoju dziecka w czasie porodu

Uwagi:

Oświadczam, że posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie:

położnictwa i ginekologii perinatologii neonatologii²⁾.

Jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego nr:, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań (Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8).

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

¹⁾ jeżeli nr PESEL został nadany

²⁾ zakreślić właściwe pole