

.....

nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....dnia..... r.

miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4
ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2024, poz. 1829) oraz art. 47 ust.
1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.)*

Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany).....

zamieszkała(y).....

**Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę
zagrożającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub
w czasie porodu.**

.....

Pieczętka i podpis lekarza