

.....
nazwa i adres podmiotu leczniczego

..... dniar.
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 ich rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) 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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

Nazwisko i imię dziecka

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany)

Zamieszkała(y).....

Choroba wg ICD – 10.....

Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie/nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu , które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu/ jest zagrożone niepełnosprawnością*

Kierunek usprawnienia opóźnień rozwojowych dziecka:

.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza

***Właściwe podkreślić**