Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14.09.2010 r. (Dz. U. Nr 183, poz. 1234 ze zmianami wprowadzonymi Dz. U. z 2019 r. poz. 2229)

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

(pieczątka podmiotu leczniczego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**lekarskie/wystawione przez położną1**

**)**

**potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż**

**od 10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniające do dodatku z tytułu urodzenia dziecka2)**

Pani …………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość3

)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 zamieszkała:

 ………………………………………………………………………………………………………………………………..

(ulica, nr, kod pocztowy, miasto)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych4

) :

1) pierwszy trymestr ciąży -…... ... ... .. . ... .. . . . .... ... ... ... .. . ... .... ….

2) drugi trymestr ciąży - ... ..... .... ... ...... ... ... ... ... ... ...... ... ... …

3) trzeci trymestr ciąży- .................................................

(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza / położnej1l )

1) Niepotrzebne skreślić. lmię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczątki, nadruku lub naklejki.

2) Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992 z p6:zn . zm.) stanowi także podstaw uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

3) W przypadku kobiety nieposiadajqcej numeru PESEL.

4) Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.