

.....
(pieczęć podmiotu medycznego) 1

.....
(miejsce i data wystawienia zaświadczenia)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że u
(imię i nazwisko)

urodzonego.....

zdiagnozowano powstałe w okresie prenatalnym lub okołoporodowym schorzenie

sklasyfikowane wg klasyfikacji ICD 10 jako

.....

Niniejsze zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Ośrodku koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczym .

.....
(pieczęć lekarza) 2

1 Podmiot medyczny posiadający umowę na udzielanie świadczeń medycznych z NFZ

2 Lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.