

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia 2009 r.
(poz.)

....., dnia 20 r.
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
potwierdzające pozostawanie kobiety ciężarnej pod opieką medyczną

Nazwisko i imię PESEL

.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

a w przypadku nieposiadania tego numeru, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i obywatelstwo.

Zamieszkała:

.....

Pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży

Data rozpoznania ciąży

Terminy wykonanych świadczeń profilaktycznych:

Pierwszy trymestr ciąży

--	--

Drugi trymestr ciąży

--	--

Trzeci trymestr ciąży

--	--	--

.....
(pieczęć i podpis lekarza)