|  |  |
| --- | --- |
| miejscowość: …….…………… dnia…………. r.  ………………………………….  nazwa i adres podmiotu leczniczego  **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  *uprawniające do kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej pn. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028*   |  | | --- | | Nazwisko i imię Pacjenta/ki:………………………………………………………………………...  Data urodzenia: ……………………………………………………………………………………..  Numer PESEL Pacjenta (o ile został nadany):…….…………………………………………….........  **jest przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność.**  Rozpoznanie: ……………………………………………………………………………………..  Planowane leczenie:   * chemioterapia * immunoterapia * hormonoterapia * leczenie celowane * radioterapia * leczenie chirurgiczne w obrębie narządu rodnego * przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych * inne   Planowany czas rozpoczęcia terapii onkologicznej: ……………………………………………….  Planowany czas zakończenia terapii onkologicznej: ……………………………………………….  Telefon kontaktowy do lekarza prowadzącego: …………………………………………………….  Uwagi: ……………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………….. |     Pieczątka i podpis lekarza |