|  |  |
| --- | --- |
| 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 |