

miejsowość: 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 rodniego
- ☐ przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych
- ☐ inne

Planowany czas rozpoczęcia terapii onkologicznej:

Planowany czas zakończenia terapii onkologicznej:

Telefon kontaktowy do lekarza prowadzącego:

Uwagi:

.....

Pieczętka i podpis lekarza