

miejsowość: dnia..... r.

.....
nazwa i adres podmiotu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

uprawnijące 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 rodneg
- 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