

**Zgłoszenie do Wirtualnej Przychodni Pro Vita (WPPV)  
prowadzonej przez Ligę Małżeństwo Małżeństwu (LMM)**

Oświadczam, że zgodnie z moimi przekonaniami, wykonując zawód lekarza:

1. Będę przestrzegał zasad poszanowania życia ludzkiego od momentu poczęcia do naturalnej śmierci i takie poglądy będę wyrażał w moich wypowiedziach.
2. Będę popierał upowszechnianie oświaty i profilaktyki zdrowotnej, w tym promocję metod naturalnego planowania rodziny, rekomendowanych przez Światową organizację Zdrowia pod nazwą metod rozpoznawania płodności.
3. Nie będę podejmował ani zalecał żadnych działań, których celem jest przejściowe lub stałe uszkodzenie płodności pacjenta.

- Tytuł (stopień naukowy) \_\_\_\_\_
- Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_
- Specjalizacja \_\_\_\_\_
- Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_
- Miejscowość, w której przyjmuję pacjentów \_\_\_\_\_
- Województwo \_\_\_\_\_

Zgadzam się na opublikowanie powyższych danych w WPPV. Zgadzam się na podawanie powyższych danych zainteresowanym osobom. Zgadzam się przetwarzanie powyższych danych przez **LMM** zgodnie z zapisami ustawy o ochronie danych osobowych.

Wiem, że w przypadku otrzymania przez **LMM** informacji o praktykach niezgodnych z niniejszym oświadczeniem, mogę być proszony o wyjaśnienie, a w potwierdzonych przypadkach – usunięty z listy lekarzy WPPV.

Wiem również, że mam prawo zażądać usunięcia mnie z listy lekarzy WPPV, co nastąpi w ciągu 2 tygodni od otrzymania przez **LMM** takiego zgłoszenia.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(podpis)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć lekarska)

\_\_\_\_\_  
(e-mail)

Dla lepszego opisanego profilu pomocy, jakiej można spodziewać się od Pani/Pana, prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Choć wypełnienie tej części formularza nie jest obowiązkowe, prosimy jednak o zakreślenie właściwej odpowiedzi.

- (TAK - NIE) Znam którąś z metod naturalnego planowania rodziny w stopniu:
  - dużym, • średnim, • małym, • żadnym, • dzięki własnemu doświadczeniu
- (TAK - NIE) Jestem dyplomowanym instruktorem/nauczycielem NPR w metodzie:
  - Polskiej • Angielskiej • Roetzera • **LMM** • Billingsów
- (TAK - NIE) Chcę wspierać pacjentów wybierających NPR jako jedyny sposób odkładania poczęcia dziecka
- (TAK - NIE) Promuję czystość wśród młodych i pozostających poza małżeństwem pacjentów
- (TAK - NIE) Znam zasady ekologicznego karmienia piersią w odniesieniu dla odkładania poczęcia dziecka
- (TAK - NIE) Stosowałam/stosowałem medyczne procedury oparte na rozpoznaniu płodności (NPR) w \_\_\_\_\_ (liczba) przypadkach niepłodności lub zmniejszonej płodności
- (TAK - NIE) Prowadziłem lub aktualnie prowadzę samodzielne badania nad stosowaniem NPR
- (TAK - NIE) Jestem przygotowany/przygotowana do przedstawienia następujących tematów w formie publicznego odczytu/wykładu:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

Wypełnioną deklarację proszę przesłać na adres biura Ligi Małżeństwo Małżeństwu, ul. Jagodowa 5, 05-540 Zalesie Górne, dodatkowe informacje można uzyskać telefonicznie: 605 554 929, lub pocztą elektroniczną: **biuro@lmm.pl**

*(tej strony proszę nie odsyłać do LMM)*

Ponieważ niektórym z Państwa sformułowania oświadczenia mogą wydawać się nie dość szczegółowe, wymieniamy poniżej działania wykonywane na potrzeby planowania rodziny, które **stoją w sprzeczności** z ideą naszej inicjatywy:

1. Wykonywanie lub zalecanie pacjentkom przerwania ciąży oraz kierowanie na nie.
2. Wykonywanie lub zalecanie pacjentom zapłodnienia „in vitro” oraz kierowanie na nie.
3. Przepisywanie lub zalecanie antykoncepcyjnych środków hormonalnych,
4. Przepisywanie lub zalecanie stosowania wkładki wewnątrzmacicznej,
5. Przepisywanie lub zalecanie barierowych środków antykoncepcyjnych,
6. Dokonywanie trwałego lub czasowego ubezpłodnienia (sterylizacji) lub zalecanie go pacjentom.