

Załącznik 2.

**UPRZEJMA PROŚBA SKIEROWANA DO LEKARZY  
SPECJALISTÓW KWALIFIKUJĄCYCH PACJENTKĘ DO ZABIEGU  
PROFILAKTYCZNEJ MASTEKTOMII PIERSI**

Prosimy o sprecyzowanie kwalifikacji w ten sposób, aby zabierała zdanie:

***Pacjentka zakwalifikowana/kwalifikuje się do zabiegu profilaktycznej mastektomii piersi.***

„Zalecany zabieg (...)”, „brak przeciwwskazań” - nie stanowią kwalifikacji i są podważane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.