

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Imię | | | | 2. Nazwisko | | | | 3. Nazwisko rodowe | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Data urodzenia | | | | 5. Płeć | | 6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | | | | | | | | |
| ____-____-____ dzień — miesiąc — rok | | | | M/K | | | | | | | | | | |
| 7. Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | |
| 7A. Ulica | | | | 7B. Numer domu/mieszkania | | | | 7C. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe) | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁶⁾) | | | | | | | | | | | | | | |
| 10A. Imię | | | | 10B. Nazwisko | | | | 10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | |
| 10D. Ulica | | | | 10E. Numer domu/mieszkania | | | | 10F. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 10G. Imię | | | | 10H. Nazwisko | | | | 10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | |
| 10J. Ulica | | | | 10K. Numer domu/mieszkania | | | | 10L. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ²⁾ | | | | | | | | 12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY | | |
|--|--|---|
| 13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór: | | |
| 13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy | | |
| 13B. Adres siedziby świadczeniodawcy | | |
| 14. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ³⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾ | <input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁴⁾ |
| 15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest: | | |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność | | |
| III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | |
| 16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: ⁵⁾ | | |
| Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| 17. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ³⁾ | | |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾ | <input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁴⁾ |
| 18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest: | | |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność | | |
| <p>.....</p> (data) | <p>.....</p> (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) | |
| <p>.....</p> (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru) | | |