DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ

Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI

PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

**I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY**

**1**

**.**

**Imię**

**2. Nazwisko**

**4**

**.**

**Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer**

**dokumentu potwierdzającego tożsamość**

**3**

**.**

**Data urodzenia**

\_

\_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_

dzień - miesiąc - rok

**5**

**6**

**.**

**Adres miejsca zamieszkania**

5

B. *Numer domu /*

5

A. *Ulica*

5C. *Kod pocztowy i miejscowość*

*mieszkania*

**.**

**Numer telefonu**

*(pole nieobowiązkowe)*

**7**

**8**

**.**

**.**

**Adres e-mail** *(pole nieobowiązkowe)*

**Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego** (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba

małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona1))

8

C. *Numer telefonu*

8

A. *Imię*

8B. *Nazwisko*

*(pole nieobowiązkowe)*

*Adres miejsca zamieszkania*

8

E. *Numer*

8

D. *Ulica*

8F. *Kod pocztowy i miejscowość*

*domu/mieszkania*

8

I. *Numer telefonu*

8

G. *Imię*

8H. *Nazwisko*

*(pole nieobowiązkowe)*

*Adres miejsca zamieszkania*

J. *Ulica*

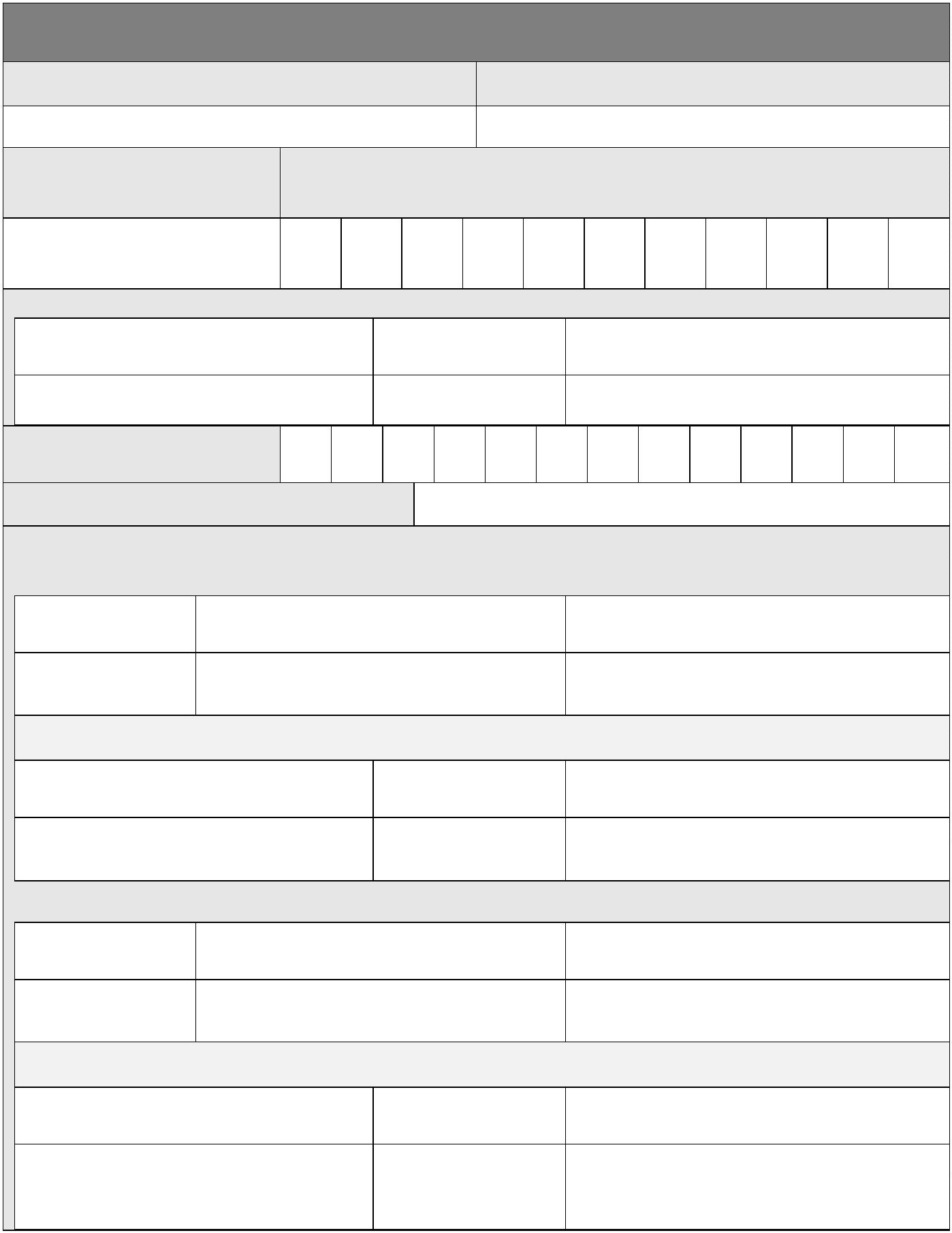
8

K. *Numer*

8

8L. *Kod pocztowy i miejscowość*

*domu/mieszkania*



**II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY**

**.** Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece

**9**

zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

A. *Nazwa (firma)* Spółka Cywilna “Rodzina Plus”

*świadczeniodawcy*

B. *Adres siedziby* ul. Powstańców Wlkp 15A

*Świadczeniodawcy* 63-500 Ostrzeszów

**0.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2)

po raz pierwszy lub po raz drugi □ po raz trzeci i kolejny3)

**1.** W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym

należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

9

9

**1**

□

**1**

□

okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej

opiece zdrowotnej:

o zmiana miejsca zamieszkania

o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę,

pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy

o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

…

………………………………………………………………………………………………………………………………………

□

inna okoliczność

**III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**1**

**2.** Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece

zdrowotnej deklaruję wybór:4)

*Imię i nazwisko*

*pielęgniarki*

*podstawowej*

*opieki zdrowotnej*

**1**

**3.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2)

po raz pierwszy lub po raz drugi □ po raz trzeci i kolejny3)

**4.** W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym

należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

□

**1**

□

okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej

opiece zdrowotnej:

o zmiana miejsca zamieszkania

o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę,

pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy

o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

…

………………………………………………………………………………………………………………………………………

□

inna okoliczność

…

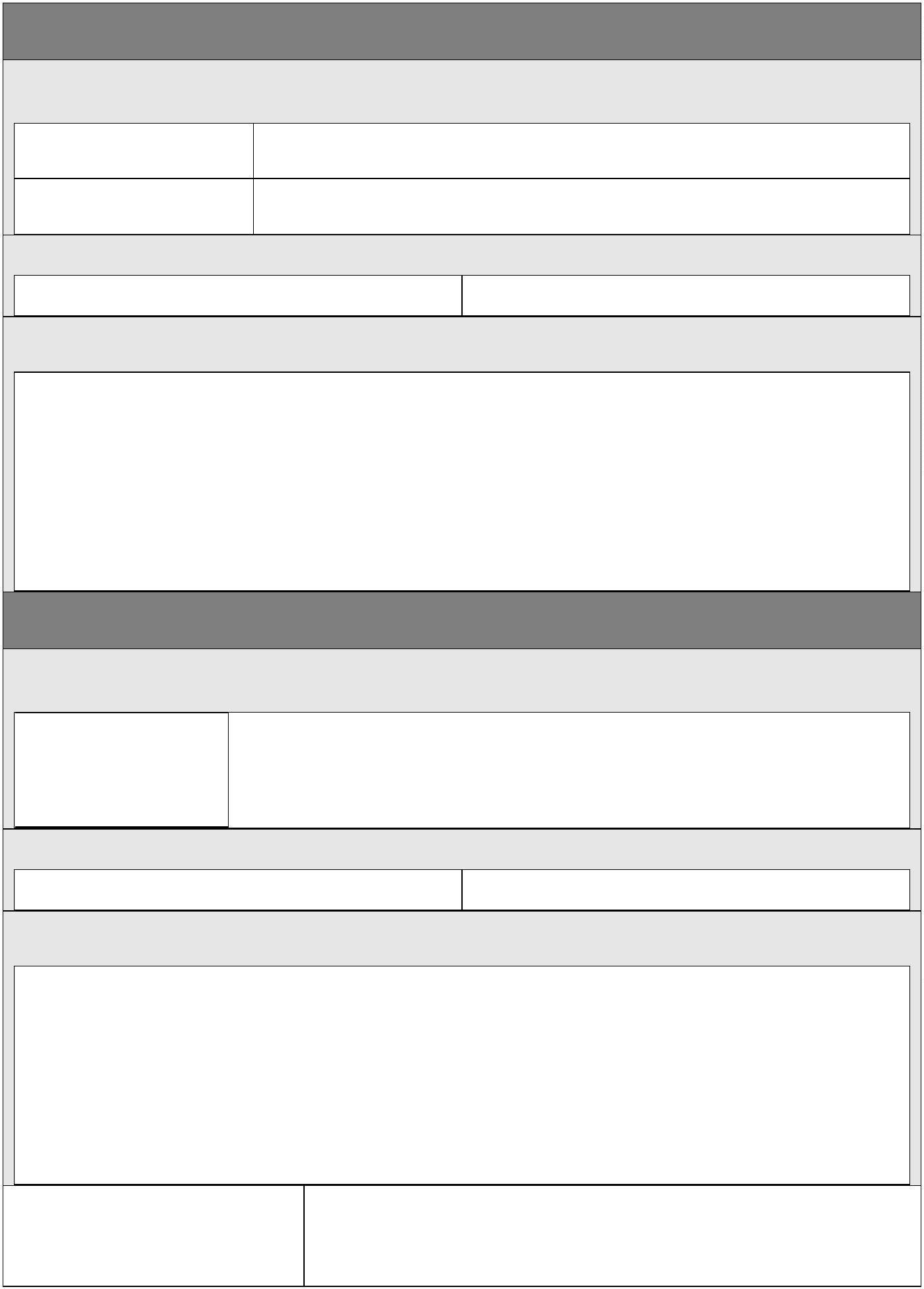
………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)5

)

(data)



**OBJAŚNIENIA:**

1

)

Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie

pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub pielęgniarki podstawowej opieki

zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi

opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca

zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego

świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub

z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października

2)

2

017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).

3)

W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest

okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece

zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń

opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej

u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki

zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych

świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r.

o podstawowej opiece zdrowotnej).

4

)

)

5

Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których

mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece

zdrowotnej.