

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIE Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾

1. 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.) deklaruje wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczniodawcy

13B. Adres siedziby
świadczniodawcy

14. W bieżącym roku dokonuje wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
- zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
- inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko pielęgniarki
podstawowej opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuje wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
- zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
- inna okoliczność

(data)

(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)