

Z

PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY																	
1. Imię						2. Nazwisko											
3. Data urodzenia						4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość											
-- -- -- -- -- rok																	
5. Adres miejsca zamieszkania																	
5A. Ulica					5B. Numer domu / mieszkania			5C.									
6. Numer telefonu																	
7. Adres e-mail																	
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego ¹⁾																	
8A.		8B. Nazwisko					8C. Numer telefonu										
Adres miejsca zamieszkania																	
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania			8F.										
8G.		8H. Nazwisko					8I. Numer telefonu										
Adres miejsca zamieszkania																	
8J. Ulica				8K. Numer domu/mieszkania			8L.										

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczoniodawcy	Dom Lekarski SA
9B. Adres siedziby świadczoniodawcy	ul. Rydla 37, 70-783 Szczecin świadczonienie usługi: Centrum Medyczne Struga , ul. Struga 42, 70-784 Szczecin

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾ |
|---|--|

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
..... |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność |

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. 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	Marzena Baranowska
---	---------------------------

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾ |
|---|--|

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
..... |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność |

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾

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.
- 2) 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 2017 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.
- 4) 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).
- 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.