

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

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						
dzień – miesiąc –rok										
5. Adres miejsca zamieszkania										
5A. Ulica			5B. Numer domu/mieszkania			5C. Kod pocztowy i miejscowość				
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)										
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)										
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona¹⁾)										
8A. Imię		8B. Nazwisko			8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania										
8D. Ulica			8E. Numer domu/mieszkania			8F. Kod pocztowy i miejscowość				
8G. Imię		8H. Nazwisko			8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania										
8J. Ulica			8K. Numer domu/mieszkania			8L. Kod pocztowy i miejscowość				

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

9. 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:

9A. Nazwa (firma)
świadczeniodawcy

9B. Adres siedziby
świadczeniodawcy

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny³⁾

11. 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, pielęgniarke podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy

z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

.....

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

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny³⁾

14. 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, pielęgniarke podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy

z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

.....

inna okoliczność

.....
(data)

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