Deklaracja wyboru:
lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej[1]

Uwaga! Dokonujący wyboru nie ma obowiązku złożenia deklaracji na wszystkie trzy zakresy świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Może dokonać wyboru w zakresie, który go interesuje. Wybór dotyczy imiennie osób udzielających świadczeń (tzn. lekarza, pielęgniarki, położnej) u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

I. Dane osobowe *(patrz instrukcja wypełnienia deklaracji)*

1. Dane osoby, dla której dokonywany jest wybór (świadczeniobiorcy): **Kod Oddziału NFZ** **1 2 R**

(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej)

(Nazwisko)

(Imię/Imiona) (Nr ewidencyjny PESEL)

(Nazwisko rodowe) (Płeć: M/K) (Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

Adres zamieszkania

(Ulica) (Nr domu/mieszkania)

(Kod pocztowy) (Miejscowość)

(Nazwa gminy) (Telefon)

Adres do korespondencji (o ile jest inny niż adres zamieszkania)

(Ulica) (Nr domu/mieszkania)

(Kod pocztowy) (Miejscowość) (Telefon)

(Nazwa gminy) (Telefon)

2. Dane osoby dokonującej wyboru dla świadczeniobiorcy:[2]

(Nazwisko) (Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL) (Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:

1. *Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.*
2. *Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Katowicach przy ul. Kossutha 13 są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U.Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.*

....

(Miejscowość, data) *(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)*

III. Deklaracja wyboru LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruję wybór:

GRZEGORZ TOMASIK

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: [3] po raz pierwszy ☐ po raz drugi ☐ po raz kolejny ☐

3. Deklarację składam w: [3] miejscu pełnienia służby ☐ Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO)[4] ☐

__ __ - __ __ - __ __ __ __

(Data: dzień-miesiąc-rok) ..... (Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) ..... (Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczątka świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ) | (Pieczątka firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

IV. Deklaracja wyboru PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruję wybór:

JOANNA JAWOR

(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: [3] po raz pierwszy ☐ po raz drugi ☐ po raz kolejny ☐

3. Deklarację składam w: [3] miejscu pełnienia służby ☐ Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO)[4] ☐

__ __ - __ __ - __ __ __ __

(Data: dzień-miesiąc-rok) ..... (Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) ..... (Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczątka świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ) | (Pieczątka firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

V. Deklaracja wyboru POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruję wybór:

ANETA SOBIERAJSKA

(proszę wpisać nazwisko i imię położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: [3] po raz pierwszy ☐ po raz drugi ☐ po raz kolejny ☐

__ __ - __ __ - __ __ __ __

(Data: dzień-miesiąc-rok) ..... (Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) ..... (Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczątka świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ) | (Pieczątka firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

Objaśnienia:

[1] niepotrzebne skreślić

[2] wypełnić w przypadku gdy dane osobowe wyszczególnione w CZĘŚCI I.1 są inne niż dane wymagane w CZĘŚCI I.2

[3] właściwe zakreślić znakiem „X"

[4] Powszechny Obowiązek Obrony