

## Deklaracja wyboru: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej<sup>1</sup>

**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:<sup>2</sup>

(Nazwisko)

(Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

#### II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:

- 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.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez ..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w ..... przy ul. .... 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<sup>3</sup>

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.), deklaruje wybór:

A L E K S A N D R A R O J K O W S K A

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>4</sup> po raz pierwszy  po raz drugi  po raz kolejny

3. Deklarację składam w:<sup>4</sup> miejscu pełnienia służby  Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO)<sup>5</sup>

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

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy – miejsca udzielania świadczeń)

### IV. Deklaracja wyboru PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>3</sup>

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.), deklaruje wybór:

\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>4</sup> po raz pierwszy  po raz drugi  po raz kolejny

3. Deklarację składam w:<sup>4</sup> miejscu pełnienia służby  Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO)<sup>5</sup>

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

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy – miejsca udzielania świadczeń)

### V. Deklaracja wyboru POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>3</sup>

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.), deklaruje wybór:

\_\_\_\_\_

(proszę wpisać nazwisko i imię położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>4</sup> po raz pierwszy  po raz drugi  po raz kolejny

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

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

#### Objaśnienia:

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> wypełnić w przypadku gdy dane osobowe wyszczególnione w CZĘŚCI I.1 są inne niż dane wymagane w CZĘŚCI I.2

<sup>3</sup> wypełnić w przypadku dokonania wyboru.

<sup>4</sup> właściwe zakreślić znakiem „X”

<sup>5</sup> Powszechny Obowiązek Obrony