

Deklaracja wyboru: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej¹

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 NFZ²

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

--	--

(Nazwisko)

--	--

(Imię/Imiona)

--	--

(Nazwisko rodowe)

(Płeć: M/K)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(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:³

--	--

(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 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 ⁴

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:

L E K . . M E D . . U R S Z U L A M A R C I N I A K

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ⁵ po raz pierwszy po raz drugi po raz kolejny

3. Deklarację składam w: ⁵ miejscu pełnienia służby Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO) ⁶

- -

(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 PIELEŃNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ⁴

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:

P I E L . . B E A T A D Y G A S

(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ⁵ po raz pierwszy po raz drugi po raz kolejny

3. Deklarację składam w: ⁵ miejscu pełnienia służby Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO) ⁶

- -

(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 ⁴

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:

P O Ł . . J O A N N A B E R B E Ć

(proszę wpisać nazwisko i imię położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ⁵ 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:

¹ niepotrzebne skreślić

² określając kod OW NFZ - należy podać kod Oddziału właściwego ze względu na siedzibę świadczeniodawcy

³ wypełnić w przypadku gdy dane osobowe wyszczególnione w CZĘŚCI I.1 są inne niż dane wymagane w CZĘŚCI I.2

⁴ wypełnić w przypadku dokonania wyboru.

⁵ właściwe zakreślić znakiem „X”

⁶ Powszechny Obowiązek Obrony