

Jak uzupełnić deklaracje.

1. Otwórz PDF w Adobe Acrobat
2. Po prawej stronie kliknij "uzupełnij i podpisz"
3. Wypełnij dokument swoimi danymi i odeślij na nasz adres mailowy
(podpis złożysz podczas pierwszej wizyty w Przychodni)

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI
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								
____-____-____ 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. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:											
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy						DIMEDIC Polska Sp. z o.o.					
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy						ul. Pojezierska 90A ,91-341 Łódź					

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾	
po raz pierwszy lub po raz drugi	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:	
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, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> 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⁾	
<i>Imię i nazwisko pielęgniarzki podstawowej opieki zdrowotnej</i>	Paweł Zalewski
13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾	
po raz pierwszy lub po raz drugi	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:	
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, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 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.