

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię						2. Nazwisko						
ANNA						NOWAK						
3. Data urodzenia			4. Numer PESEL, aw przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość									
__01__ - __01__ - __19__			9	0	0	1	0	1	9	9	9	9
dzień _ miesiąc _ rok												
5. Adres miejsca zamieszkania												
5A. Ulica				5B. Numer domu / mieszkania				5C. Kod pocztowy i miejscowość				
WZOROWA				1/1				11-1111WZÓR				
6. Numer telefonu (polenieobowiązkowe)			6	6	9	9	9	3	3			
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)						AN.NANOWAK@WP.PL						
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)												
8A. Imię			8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu (polenieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania												
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość				
Adres miejsca zamieszkania												
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	JKmed Sp. z o.o.
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	84-200 WEJHEROWO, UL. O.SZCZUKOWSKIEJ 7

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> 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:
 - o zmiana miejsca zamieszkania
 - o ~~wybranie~~ udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej podstawowej opieki zdrowotnej	ALEKSANDRA WALCZAK
---	--------------------

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> 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:
 - o zmiana miejsca zamieszkania
 - o ~~wybranie~~ udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

.....01.03.2024r..... (data)	 (podpis świadczeniobiorcy lubprzedstawiciela ustawowego) ⁵⁾
---------------------------------	---

OBJAŚNIENIA:

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub położnej 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, położną 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). W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest
- 3) 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy. 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). 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.
- 5)