

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
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	
5. Adres miejsca zamieszkania		
5A. Ulica	5B. Numer domu/mieszkania	5C. Kod pocztowy i miejscowość
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)		<input type="text"/>
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)		<input type="text"/>
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)		
8A. Imię	8B. Nazwisko	8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>		
8D. Ulica	8E. Numer domu/mieszkania	8F. Kod pocztowy i miejscowość
8G. Imię	8H. Nazwisko	8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>		
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 2020r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	Clinica Vitae Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	80-344 Gdańsk ul. Gospody 7

10. W bieżącym roku 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:

zmiana miejsca zamieszkania

zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną podstawową opieką zdrowotną u wybranego świadczeniodawcy

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	
--	--

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy i 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:

zmiana miejsca zamieszkania

zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną podstawową opieką zdrowotną u wybranego świadczeniodawcy

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 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).
- 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, położną 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.