

**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									
-- -- -- -- 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 ubezwłasnowolniona ¹⁾)													
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				“Salus Nova” Sp. z o. o.									

9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	Ul. Fików 5b , 41-409 Mysłowice		
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: ○ zmiana miejsca zamieszkania ○ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej 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 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: ○ zmiana miejsca zamieszkania ○ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej 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.