

DEKLARACJA

wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: - - PESEL¹⁾:

Adres zamieszkania (ulica, nr lokalu/nr mieszkania): _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu²⁾: _____ Adres e-mail²⁾: _____

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO³⁾

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania (ulica, nr lokalu/nr mieszkania): _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu²⁾: _____

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 poz. 172) deklaruję wybór:

Nazwa świadczeniodawcy (firmy): Salve Sp. z o.o. Sp.k.

Adres siedziby: ul. A. Struga 3, 90-420 Łódź

W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru⁴⁾: po raz pierwszy lub po raz drugi po raz trzeci i kolejny⁵⁾

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich): _____
- inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór⁶⁾:

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej: _____

LEGENDA:

1) W przypadku osób nieposiadających nr PESEL- Nr i seria dokumentu tożsamości.

2) Jeśli Pacjent jest nieletni, a ukończył 16 lat, a nie ukończył 18 roku życia zgodę na wykonanie procedur medycznych podpis składa Pacjent i przedstawiciel ustawowy.

3) Pole nieobowiązkowe.

4) 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 wnoszącej 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).

5) 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.

6) 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).

W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru⁴⁾: po raz pierwszy lub po raz drugi po raz trzeci i kolejny⁵⁾

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy

z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich): _____

inna okoliczność

Łódź,
data:

Podpis świadczeniobiorcy/
przedstawiciela ustawowego³⁾:

LEGENDA:

1) W przypadku osób nieposiadających nr PESEL- Nr i seria dokumentu tożsamości.

2) Jeśli Pacjent jest nieletni, a ukończył 16 lat, a nie ukończył 18 roku życia zgodę na wykonanie procedur medycznych podpis składa Pacjent i przedstawiciel ustawowy.

3) Pole nieobowiązkowe.

4) 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 wnoszą 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).

5) 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.

6) 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).