DEKLARACJA

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

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: D D - M M - R R R R **PESEL[1]:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Miejscowość: _____ **Kod pocztowy:** _____

Numer telefonu[2]: _____ **Adres e-mail[2]:** _____

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO[3]

Imię i nazwisko: _____

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

Miejscowość: _____ **Kod pocztowy:** _____

Numer telefonu[2]: _____

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. Szparagowa 10, 91-211 Łódź

W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru[4]: ☐ po raz pierwszy lub po raz drugi ☐ po raz trzeci i kolejny[5]

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 wybór[6]:

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 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).

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 wyboru[4]: ☐ po raz pierwszy lub po raz drugi ☐ po raz trzeci i kolejny[5]

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 ustawowego[3]:** _____

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 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).

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).