|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA 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 ubezwłasnowolniona1)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | | | | | **Centrum Medyczne MED - LUX** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | | | | | | | **ul. Stefana Żeromskiego 1, 62 - 030 Luboń** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | po raz pierwszy lub po raz drugi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | po raz trzeci i kolejny3) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ○ | osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ○ | z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ......................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | inna okoliczność | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA 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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | | | | | **lek. med. Franas Karolina** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **13.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | po raz pierwszy lub po raz drugi | | | | | | | | | | | | | | | | | | po raz trzeci kolejny3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | ○ | | osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | ○ | | z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | ........................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | inna okoliczność | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ...................................  (data) | | | | | | | | | ..................................................................................................  (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |