

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 26 czerwca 2020 r. (poz. 1143)

Załącznik nr 1

WZÓR

**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 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	Przychodnia Rodzinna ARAMED
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	19-100 MOŃKI; BIAŁOSTOCKA 83B/2
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, 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. Paulina Gierałtowska specjalista medycyny rodzinnej 2520306
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, 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⁾