

Deklaracja wyboru: lekarza/ pielęgniarki/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej*

UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami *Przychodnia „POGODNA-2” - Szczecin*

1. Dane ubezpieczonego lub osoby, dla której dokonuje się wyboru:		Kod Oddziału NFZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Nazwisko)	(Imię)	(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Nazwisko rodowe)	(Płeć: M/K)	(Nr ewidencyjny PESEL)
Adres stałego zameldowania		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Ulica)	(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)	(Nr domu / mieszkania)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Kod pocztowy)	(Miejscowość)	(Telefon)
<input type="text"/>		
(Nazwa gminy)		
Adres zamieszkania (o ile adres stałego zamieszkania jest inny)		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Ulica)	(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)	(Nr domu / mieszkania)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Kod pocztowy)	(Miejscowość)	(Telefon)
<input type="text"/>		
(Nazwa gminy)		

Jestem ubezpieczony z tytułu:

a) podleganiu obowiązkowi ubezpieczenia	<input checked="" type="checkbox"/>
b) objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem	<input type="checkbox"/>
c) bycia członkiem rodziny osoby podlegającej ubezpieczeniu	<input checked="" type="checkbox"/>

II. Jest to wybór lekarza / pielęgniarki / położnej dokonywany w roku bieżącym: po raz pierwszy po raz drugi

Wypełnić w przypadku osoby kształcącej się poza miejscem stałego zamieszkania

Deklarację składam w: miejscu nauki - rok szkolny / akademicki 200... / 200...

Uczeń Student

III. Oświadczenie o wyborze

Zgodnie z art. 114 ust. 1 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2003 r. deklaruję wybór:
(proszę wpisać nazwisko i imię: lekarza / pielęgniarki / położnej w podstawowej opiece zdrowotnej)*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Pieczętka świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)	(Pieczętka przychodni - miejsca udzielania świadczeń)

IV. Deklaruję wybór

(Data: dzień-miesiąc-rok) V (Podpis zgłaszającego się lub opiekuna prawnego) _____ (Podpis osoby przyjmującej deklarację)

V. Dane osoby ubezpieczonej, zgłaszającej członka rodziny:

(Nazwisko) (Imię)
 (Nr ewidencyjny PESEL) (Data: dzień-miesiąc-rok)

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianach jakie następują w trakcie trwania ubezpieczenia..

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/łem poinformowany o tym że moje dane osobowe zbierane przez..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w przy ul. są przetwarzane w celach wynikających z art. 141 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

(Miejscowość, data)

✓

(Podpis zgłaszającego się lub opiekuna prawnego)

Informacja dla wypełniającego deklarację wyboru

Zgodnie z artykułem 114 ust. 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, osoby ubezpieczone mają prawo do wyboru: lekarza, pielęgniarki, położnej w podstawowej opiece zdrowotnej nie częściej **niż dwa razy w roku**. Wyboru tego dokonuje się poprzez wypełnienie niniejszej deklaracji i złożenie w siedzibie świadczeniodawcy.

Ubezpieczonym jest osoba (art. 6 ust 1, art. 6 ust. 2 i art. 7):

- 1) podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, 2) ubezpieczająca się dobrowolnie, 3) będąca członkiem rodziny osoby należącej do dwóch poprzednich kategorii.

Za członka rodziny uważa się następujące osoby (art. 5 pkt 3):

- 1) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- 2) małżonkę,
- 3) krewnych wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Objaśnienie sposobu wypełniania deklaracji wyboru

Deklaracja stanowi dokument potwierdzający wybór **jednego** typu **opiekuna** dla **jednej osoby**, dokonujemy wyboru **lekarza** lub **pielęgniarki** albo **położnej**. Oznacza to, iż osoba ma prawo złożyć 3 deklaracje, po jednej dla każdego opiekuna.

I. W tej części deklaracji należy wpisać dane osoby deklarującej się do: lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

W przypadku nie nadania osobie numeru PESEL należy wpisać numer NIP, a w przypadku jego braku rodzaj i numer dowodu tożsamości. Dla ubezpieczonego cudzoziemca, przebywającego na terytorium RP na podstawie karty pobytu stałego lub karty pobytu czasowego – rodzaj, serię i numer tej karty.

Kod Oddziału Wojewódzkiego NFZ – należy wpisać kod Oddziału NFZ na terenie którego pacjent dokonał wyboru.

Kody Oddziałów Wojewódzkich NFZ:

01 – Dolnośląski	09 – Podkarpacki
02 – Kujawsko-Pomorski	10 – Podlaski
03 – Lubelski	11 – Pomorski
04 – Lubuski	12 – Śląski
05 – Łódzki	13 – Świętokrzyski
06 – Małopolski	14 – Warmińsko-Mazurski
07 – Mazowiecki	15 – Wielkopolski
08 – Opolski	16 – Zachodniopomorski

III. W tej części deklaracji należy wpisać nazwisko i imię: lekarza, pielęgniarki, położnej, jeśli zostali oni wybrani.

IV. W tej części deklaracji należy złożyć podpis oraz wpisać datę zadeklarowania. Podpis zgłaszającego składa osobiście osoba pełnoletnia lub opiekun prawny w imieniu niepełnoletnich dzieci.

V. Zgłoszenie niepełnoletniego członka rodziny osoby podlegającej ubezpieczeniu może dokonać wyłącznie osoba pełnoletnia. W tej części wpisane powinny być dane tej osoby.