

Deklaracja wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej

UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

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

Mam prawo do świadczeń zdrowotnych z tytułu:

- A) podlegania obowiązkowi ubezpieczenia
- B) objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem
- C) bycia członkiem rodziny osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczającej się dobrowolnie.
- D) art. 13 ust. 1 ustawy (inni niż ubezpieczeni - dzieci do 18 r. życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu)
- E) art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy (inni niż ubezpieczeni - prawo do świadczeń na podstawie decyzji wójta/burmistrza/prezydenta gminy)
- F) podlegania przepisom o koordynacji. Nie jestem osobą wymienioną w art. 53 ust. 2 ustawy, tzn. nie posiadam formularza E 111, formularza E 112, poświadczenia wydanego na podstawie formularza E 123, EKUZ* lub certyfikatu zastępczego.

II Jest to wybór położnej dokonywany w roku bieżącym:

po raz pierwszy po raz drugi
po raz kolejny

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. 28 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210 poz. 2135), deklaruje wybór:

(proszę wpisać nazwisko i imię położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

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

IV. Deklaruję wybór:

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

V. Dane świadczeniobiorcy, zgłaszającego członka rodziny:

(Nazwisko)

(Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

* Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego

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.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/lem 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. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210 poz. 2135), 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 świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

Informacja dla wypełniającego deklarację wyboru

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210 poz. 2135) mają prawo osoby będące:

I. Ubezpieczonymi (art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy):

A) podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, B) ubezpieczające się dobrowolnie, C) będące członkiem rodziny osoby należącej do dwóch poprzednich kategorii

II. Świadczeniobiorcami (osoby inne niż osoby ubezpieczone):

D) które nie ukończyły 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu (art. 13 ust. 1 ustawy),

E) (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy) posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz. 593 i Nr 99, poz. 1001), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i zakresie określonych dla ubezpieczonych,

F) uprawnione do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji z wyjątkiem osób wymienionych w art. 53 ust. 2 ustawy tzn. osób posiadających formularz E 111, formularz E 112, poświadczenie wydane na podstawie formularza E 123, EKUZ lub certyfikat zastępczy.

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

- 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) małżonka,
- 3) wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zgodnie z artykułem 28 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz.U. Nr 210 poz. 2135) świadczeniobiorca ma prawo do wyboru: lekarza, pielęgniarki, położnej w podstawowej opiece zdrowotnej nie częściej **niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza/pielęgniarkę/położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych przyczyn niezależnych od woli świadczeniobiorcy.** Wyboru tego dokonuje się poprzez wypełnienie niniejszej deklaracji i złożenie w siedzibie świadczeniodawcy.

Objaśnienie sposobu wypełniania deklaracji wyboru

Deklaracja stanowi dokument potwierdzający wybór **położnej podstawowej opieki zdrowotnej.**

I. W tej części deklaracji należy wpisać dane osoby deklarującej wybór: 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, któremu nie nadano numeru PESEL – rodzaj, serię i numer tej karty, a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, której nie nadano numeru PESEL – numer poświadczenia.

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

Kody Oddziałów Wojewódzkich NFZ:

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

II. W tej części należy określić, po raz który w danym roku świadczeniobiorca dokonuje wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

III. W tej części deklaracji należy wpisać nazwisko i imię położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

IV. W tej części deklaracji należy złożyć podpis oraz wpisać datę zadeklarowania. Podpis świadczeniobiorcy składa osobiście osoba pełnoletnia lub opiekun prawny w imieniu niepełnoletnich dzieci, bądź innych osób, dla których ustanowiony został opiekun prawny.

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