

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI  
ZDROWOTNEJ I POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>												
<b>1. Imię</b>			<b>2. Nazwisko</b>				<b>3. Nazwisko rodowe</b>					
<b>4. Data urodzenia</b>			<b>5. Płeć</b>		<b>6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>							
<div style="text-align: center;">           _ _ - _ _ - _ _ _ _            dzień — miesiąc — rok         </div>			M/K									
<b>7. Adres miejsca zamieszkania</b>												
<b>7A. Ulica</b>				<b>7B. Numer domu/mieszkania</b>				<b>7C. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>6)</sup>)</b>												
<b>10A. Imię</b>			<b>10B. Nazwisko</b>				<b>10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<b>10D. Ulica</b>				<b>10E. Numer domu/mieszkania</b>				<b>10F. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>10G. Imię</b>			<b>10H. Nazwisko</b>				<b>10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<b>10J. Ulica</b>				<b>10K. Numer domu/mieszkania</b>				<b>10L. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2)</sup></b>							<b>12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b>					

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma)  
świadczyciel

13B. Adres siedziby  
świadczyciel

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

po raz kolejny<sup>4)</sup>

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną 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

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko  
lekarza podstawowej  
opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

po raz kolejny<sup>4)</sup>

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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

#### IV. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

19. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko pielęgniarki  
podstawowej opieki zdrowotnej

20. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

- po raz pierwszy       po raz drugi<sup>4)</sup>       po raz kolejny<sup>4)</sup>

21. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

#### V. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

22. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko położnej  
podstawowej opieki zdrowotnej

23. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

- po raz pierwszy       po raz drugi<sup>4)</sup>       po raz kolejny<sup>4)</sup>

24. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....  
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Warszawa, dnia ..... roku

#### UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/-a ..... zamieszkała/-y w Warszawie, przy ul. ...., posiadająca/-y numer PESEL ....., posiadająca/-ego numer PESEL ..... do:

- 1) uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) o moim stanie zdrowia, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną;
- 2) dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....  
Podpis

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* Zdrowa\_Rodzina Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Gen. Tadeusza Pełczyńskiego 22J/U5 jest Administratorem Danych Osobowych podanych powyżej oraz przekazanych pracownikowi Przychodni w celu rejestracji na wizytę lekarską/badania. Klient ma prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Podanie danych jest dobrowolne, acz niezbędne do wykonania świadczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przysługujących mi praw w zakresie danych osobowych powierzonych Przychodni Lekarskiej Zdrowa Rodzina w związku z udzielaniem świadczeń medycznych.

.....  
Podpis