

## INSTRUKCJA

### DLA DEKLARACJI WYBORU POŁOŻNEJ

Każda kursantka szkoły rodzenia wybiera jedną z naszych położnych rodzinnych, aby móc skorzystać z refundacji kursu. Jest to warunek konieczny stawiany przez NFZ.

**Nie można uczestniczyć w zajęciach szkoły rodzenia, bez przekazania deklaracji do szkoły rodzenia.**

Bądź spokojna!

Jest to deklaracja, w której wybierasz TYLKO położną! \*

*\* Ta deklaracja nie ma nic wspólnego z wyborem lekarza czy pielęgniarki POZ. Wybierasz tylko położną z naszej szkoły rodzenia, aby móc skorzystać z refundacji kursu i bezpłatnej opieki po porodzie*

Wydrukuj obie strony deklaracji.

Na pierwszej stronie uzupełnij swoje dane.

Na drugiej stronie również uzupełnij dane a w części III, punkt 12. wpisz jedną z poniższych położnych:

- Radosława Opiela
- Małgorzata Kupiec
- Klaudia Dymnicka
- Justyna Woźniak
- Paulina Wawrzyńczak-Kądziela

Nie wiesz, którą położną wpisać? Zostaw pkt. 12 pusty a wypełnimy te pole za Ciebie.

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>											
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>					
<b>3. Data urodzenia</b>				<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>							
Dzień – miesiąc – rok											
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>											
<b>5A. Ulica</b>				<b>5B. Nr domu / mieszkania</b>				<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>			
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>											
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>											
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona 1))											
<b>8A. Imię</b>				<b>8B. Nazwisko</b>				<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>			
Adres miejsca zamieszkania											
<b>8D. Ulica</b>				<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>			
<b>8G. Imię</b>				<b>8H. Nazwisko</b>				<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>			
Adres miejsca zamieszkania											
<b>8J. Ulica</b>				<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>			

## 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 2020r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	<i>FAMILY MEDICINE Anna Bartkowska</i>
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	<i>Młynarska 6, 83-031 Cieplewo</i>

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2)

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li></ul> .....
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

## III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej podstawowej opieki zdrowotnej	
--	--

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: 2)

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li></ul> .....
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) 5)

## OBJAŚNIENIA:

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. O podstawowej opiece zdrowotnej).
- 3) W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 5) Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

**Jak wypełnić deklarację?**  
**Instrukcja wypełniania poniżej**

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>											
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>					
<i>Anna</i>						<i>Nowak</i>					
<b>3. Data urodzenia</b>				<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>							
<i>3 1-0 1- 2000</i> Dzień – miesiąc – rok				<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>											
<b>5A. Ulica</b>				<b>5B. Nr domu / mieszkania</b>				<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>			
<i>Pogodna</i>				<i>3</i>				<i>80-800</i>			
<b>6. Numer telefonu</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>											
<b>7. Adres e-mail</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>											
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> <i>(w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona 1))</i>											
<b>8A. Imię</b>				<b>8B. Nazwisko</b>				<b>8C. Numer telefonu</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>			
<b>Adres miejsca zamieszkania</b>											
<b>8D. Ulica</b>				<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>			
<b>8G. Imię</b>				<b>8H. Nazwisko</b>				<b>8I. Numer telefonu</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>			
<b>Adres miejsca zamieszkania</b>											
<b>8J. Ulica</b>				<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>			

## 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 2020r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	<i>FAMILY MEDICINE Anna Bartkowska</i>
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	<i>Młynarska 6, 83-031 Cieplewo</i>

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2)

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: o zmiana miejsca zamieszkania o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) ..... <input type="checkbox"/> inna okoliczność
---

## III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej podstawowej opieki zdrowotnej	Nie wiesz, którą położną wpisać? Pozostaw to pole puste a uzupełnimy je imieniem i nazwiskiem odpowiedniej położnej
--	---

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: 2)

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: o zmiana miejsca zamieszkania o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) ..... <input type="checkbox"/> inna okoliczność
---

*01.12.2024*

.....  
(data)

*Anna Kowalska*

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) 5)