

## 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 naszych położnych. 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**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
<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>	<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 (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: 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
---

*01.04.2025*

.....  
(data)

*Anna Kowalska*

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