DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ I POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ[1)]

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

1. Imię	2. Nazwisko	3. Nazwisko rodowe

4. Data urodzenia	5. Płeć	6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
__-__-____ dzień — miesiąc — rok	M/K	

7. Adres miejsca zamieszkania

7A. *Ulica*	7B. *Numer domu/mieszkania*	7C. *Kod pocztowy i miejscowość*

8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)

10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona[6)])

10A. *Imię*	10B. *Nazwisko*	10C. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)*

Adres miejsca zamieszkania

10D. *Ulica*	10E. *Numer domu/mieszkania*	10F. *Kod pocztowy i miejscowość*

10G. *Imię*	10H. *Nazwisko*	10I. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)*

Adres miejsca zamieszkania

10J. *Ulica*	10K. *Numer domu/mieszkania*	10L. *Kod pocztowy i miejscowość*

11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej[2)]	12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

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) świadczeniodawcy*	
13B. *Adres siedziby świadczeniodawcy*	

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)]

□ po raz pierwszy	□ po raz drugi[4)]	□ po raz kolejny[4)]

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:[5)]

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)]

□ po raz pierwszy	□ po raz drugi[4)]	□ po raz kolejny[4)]

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:[5)]

Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	

20. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)]

□ po raz pierwszy	□ po raz drugi[4)]	□ po raz kolejny[4)]

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:[5)]

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	

23. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)]

□ po raz pierwszy	□ po raz drugi[4)]	□ po raz kolejny[4)]

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)

OBJAŚNIENIA:

1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami.

2) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, 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).

4) W przypadku wyboru drugiego 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

5) 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).

6) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnieciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.

NZOZ PRZYCHODNIA PIASKOWA GÓRA

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Piaskowa Góra"
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Wałbrzychu
58-309 Wałbrzych, ul. Główna 4
tel. (+48) 074 886 86 38, fax (+48) 074 886 86 32, www.przychodnia-pgora.pl

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA w NZOZ „PRZYCHODNIA PIASKOWA GÓRA" SP. Z O. O.

Imię i nazwisko: .....

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej .....

Niniejszym zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO[1] wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez NZOZ „Przychodnia Piaskowa Góra" Sp. z o. o. w Wałbrzychu, ul. Główna 4,

Tym samym:

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych tj. danych dotyczących stanu zdrowia, danych biometrycznych czy genetycznych dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych i pielęgnacyjnych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu, a także prowadzenia przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej przez NZOZ „Przychodnia Piaskowa Góra" Sp. z o. o. w Wałbrzychu
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych teleadresowych dla celów związanych z potwierdzaniem i odwoływaniem wizyt w placówce za pośrednictwem systemu telefonicznego i SMS przez NZOZ „Przychodnia Piaskowa Góra" Sp. z o. o. w Wałbrzychu
- Niniejszym wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* *(niepotrzebne skreślić)* na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych związanych wyłącznie z działalnością placówki NZOZ „Przychodnia Piaskowa Góra" Sp. z o. o. w Wałbrzychu

Zakres danych:

PESEL: .....
Numer telefonu: .....
Adres e-mail: .....
Adres: .....
.....

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez NZOZ „Przychodnia Piaskowa Góra" Sp. z o. o. w Wałbrzychu o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis)

[1] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Piaskowa Góra"
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Wałbrzychu
58-309 Wałbrzych, ul. Główna 4
tel. (+48) 074 886 86 38, fax (+48) 074 886 86 32, www.przychodnia-pgora.pl

UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH ORAZ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta: ..... PESEL: .....

Adres: .....

1. Oświadczam, iż **do otrzymywania informacji na temat stanu mojego stanu zdrowia** i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz **do uzyskiwania dokumentacji medycznej** (także w przypadku śmierci)* upoważniam nastepującą osobę:

Imię i nazwisko .....

PESEL/ Data ur.: .....

Adres: .....

Stopień pokrewieństwa .....

Telefon kontaktowy .....

2. Oświadczam, iż **nie udzielam upoważnienia** do przekazywania komukolwiek informacji o stanie mojego zdrowia i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych (z wyłączeniem upoważnień ustawowych) oraz do odbioru mojej dokumentacji medycznej*
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w upoważnieniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku tzw. RODO w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*

Data i podpis pacjenta .....

(* Uwaga – niepotrzebne skreślić)