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

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИБІР МЕДСЕСТРИ

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY		
1. Imię Ім'я	2. Nazwisko Прізвище	3. Nazwisko rodowe Перше прізвище
4. Data urodzenia Дата народження день місяць рік dzień — miesiąc — rok	5. Płeć Стать M/K	6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
7. Adres miejsca zamieszkania Адреса місця проживання		
7A. *Ulica* Вулиця	7B. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	7C. *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) Номер телефону		
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)		

НОМЕР PESEL , А В РАЗІ ЙОГО ВІДСУТНОСТІ, НОМЕР ДОКУМЕНТА, ЩО ПОСВІДЧУЄ ОСОБУ

10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona[6)])		
10A. *Imię* Ім'я	10B. *Nazwisko* Прізвище	10C. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)* Номер телефону
Adres miejsca zamieszkania Адреса місця проживання		
10D. *Ulica* Вулиця	10E. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	10F. *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто
10G. *Imię* Ім'я	10H. *Nazwisko* Прізвище	10I. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)* Номер телефону
Adres miejsca zamieszkania Адреса місця проживання		
10J. *Ulica* Вулиця	10K. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	10L . *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто

ДАНІ ПРО ЗАКОННОГО ОПІКУНА (У РАЗІ, ЯКЩО ОСОБА Є НЕПОВНОЛІТНІЯ, АБО ПОВНІСТЮ НЕДІЄЗДАТНА)

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

НОМЕР КАРТКИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ, АБО НОМЕР, ЩО ПІДТВЕРДЖУЄ ПРАВО НА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

КОД ФІЛІЇ ВОЄВУДСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО ФОНД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

ДАНІ ПРО МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД

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*	

Назва (фірма) медичного закладу

Адреса квартири медичного закладу

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3] Цього року роблю вибір

□ po raz pierwszy вперше	□ po raz drugi[4] вдруге	□ po raz kolejny[4] Більше як другий

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 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

Якщо ви вибираєте другий або більше як другий раз за року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:

-обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
-зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або лікарем у цьому медичному закладі
- завершення 18 років особи, яка обслуговувалась у лікаря терапевта I або II ступня або педіатра
-інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
-інші обставини

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ДАНІ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА

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	ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3] Цього року робить вибір

□ po raz pierwszy вперше	□ po raz drugi[4] вдруге	□ po raz kolejny[4] Більше як другий

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

Якщо ви вибираєте другий, більше як другий протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:

обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або лікарем у цьому медичному закладі
- завершення 18 років особи, яка обслуговувалась у лікаря терапевта I чи II ступня або педіатра що має кваліфікацію I і II ступеня, або педіатр
інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
-інші обставини

..... (data) дата	..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) (підпис особи, яка обирає медичний заклад та лікаря терапевта)

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

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИБІР МЕДСЕСТРИ

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY		
1. Imię Ім'я	2. Nazwisko Прізвище	3. Nazwisko rodowe Перше прізвище
4. Data urodzenia Дата народження день місяць рік dzień — miesiąc — rok	5. Płeć Стать M/K	6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

НОМЕР PESEL , А В РАЗІ ЙОГО ВІДСУТНОСТІ, НОМЕР ДОКУМЕНТА, ЩО ПОСВІДЧУЄ ОСОБУ

7. Adres miejsca zamieszkania Адреса місця проживання		
7A. *Ulica* Вулиця	7B. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	7C. *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) Номер телефону		
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)		

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

ДАНІ ПРО ЗАКОННОГО ОПІКУНА (У РАЗІ, ЯКЩО ОСОБА Є НЕПОВНОЛІТНІЯ, АБО ПОВНІСТЮ НЕДІЄЗДАТНА)

10A. *Imię* Ім'я	10B. *Nazwisko* Прізвище	10C. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)* Номер телефону
Adres miejsca zamieszkania Адреса місця проживання		
10D. *Ulica* Вулиця	10E. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	10F. *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто
10G. *Imię* Ім'я	10H. *Nazwisko* Прізвище	10I. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)* Номер телефону
Adres miejsca zamieszkania Адреса місця проживання		
10J. *Ulica* Вулиця	10K. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	10L . *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто

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

НОМЕР КАРТКИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ, АБО НОМЕР, ЩО ПІДТВЕРДЖУЄ ПРАВО НА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

КОД ФІЛІЇ ВОЄВУДСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО ФОНД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

ДАНІ ПРО МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД

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*	Назва медичного закладу
13B. *Adres siedziby świadczeniodawcy*	Адреса медичного закладу

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)] Цього року робить вибір

□ po raz pierwszy вперше	□ po raz drugi[4)] вдруге	□ po raz kolejny[4)] Більше як другий

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

Якщо ви вибираєте другий, або більше як другий протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:

- □ 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

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або медсестрою у цьому медичному закладі
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ДАНІ МЕДСЕСТРИ

16. 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	Ім'я та прізвище медсестри

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)] Цього року робить вибір

□ po raz pierwszy вперше	□ po raz drugi[4)] вдруге	□ po raz kolejny[4)] Більше як другий

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

Якщо ви вибираєте другий, більше як другий протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору

- □ 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

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або медс у цьому медичному закладі
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

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

(підпис особи, яка обирає медичний заклад та лікаря терапевта)

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

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

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИБІР АКУШЕРА

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

1. Imię Ім'я	2. Nazwisko Прізвище	3. Nazwisko rodowe Перше прізвище

4. Data urodzenia Дата народження	5. Płeć Стать	6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
день місяць рік dzień — miesiąc — rok	M/K	

НОМЕР PESEL , А В РАЗІ ЙОГО ВІДСУТНОСТІ, НОМЕР ДОКУМЕНТА, ЩО ПОСВІДЧУЄ ОСОБУ

7. Adres miejsca zamieszkania Адреса місця проживання

7A. *Ulica* Вулиця	7B. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	7C. *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто

8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) Номер телефону

9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)

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

ДАНІ ПРО ЗАКОННОГО ОПІКУНА (У РАЗІ, ЯКЩО ОСОБА Є НЕПОВНОЛІТНІЯ, АБО ПОВНІСТЮ НЕДІЄЗДАТНА)

10A. *Imię* Ім'я	10B. *Nazwisko* Прізвище	10C. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)* Номер телефону

Adres miejsca zamieszkania Адреса місця проживання

10D. *Ulica* Вулиця	10E. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	10F. *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто

10G. *Imię* Ім'я	10H. *Nazwisko* Прізвище	10I. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)* Номер телефону

Adres miejsca zamieszkania

10J. *Ulica* Вулиця	10K. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	10L. *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та містао

НОМЕР КАРТКИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ, АБО НОМЕР, ЩО ПІДТВЕРДЖУЄ ПРАВО НА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

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

КОД ФІЛІЇ ВОЄВУДСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО ФОНДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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)]

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИБІР МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ, ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА, МЕДСЕСТРИ ТА АКУШЕРА

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY		
1. Imię Ім'я	**2. Nazwisko** Прізвище	**3. Nazwisko rodowe** Перше прізвище
4. Data urodzenia	**5. Płeć**	**6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**
_ _ - _ _ - _ _ _ _ dzień — miesiąc — rok	M/K	

НОМЕР PESEL , А В РАЗІ ЙОГО ВІДСУТНОСТІ, НОМЕР ДОКУМЕНТА, ЩО ПОСВІДЧУЄ ОСОБУ

7. Adres miejsca zamieszkania		
7A. *Ulica* Вулиця	7B. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	7C. *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) Номер телефону		
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)		

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

ДАНІ ПРО ЗАКОННОГО ОПІКУНА (У РАЗІ, ЯКЩО ОСОБА Є НЕПОВНОЛІТНІЯ, АБО ПОВНІСТЮ НЕДІЄЗДАТНА)

10A. *Imię* Ім'я	10B. *Nazwisko* Прізвище	10C. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)* Номер телефону
Adres miejsca zamieszkania Адреса місця проживання		
10D. *Ulica* Вулиця	10E. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	10F. *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто

10G. *Imię* Ім'я	10H. *Nazwisko* Прізвище	10I. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)* Номер телефону
Adres miejsca zamieszkania		
10J. *Ulica* Вулиця	10K. *Numer domu/mieszkania* Номер будинку / квартири	10L. *Kod pocztowy i miejscowość* Поштовий індекс та місто

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

НОМЕР КАРТКИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ, АБО НОМЕР, ЩО ПІДТВЕРДЖУЄ ПРАВО НА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

ДАНІ ПРО МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД

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*	Назва медичного закладу
13B. *Adres siedziby świadczeniodawcy*	Адреса медичного закладу

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)] Цього року роблю вибір

☐ po raz pierwszy вперше	☐ po raz drugi[4)] вдруге	☐ po raz kolejny[4)] Більше як другий

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

Якщо ви вибираєте другий, або наступний раз протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:

- ☐ 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

-обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
-зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або лікарем у цьому медичному закладі
- завершення 18 років особи, яка обслуговувалась у лікаря терапевта I або II ступня або педіатра
-інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
-інші обставини

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ДАНІ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА

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	ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)] Цього року роблю вибір

☐ po raz pierwszy вперше	☐ po raz drugi[4)] вдруге	☐ po raz kolejny[4)] Більше як другий

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

Якщо ви вибираєте другий, або наступний раз протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:

- ☐ 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

-обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
-зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або лікарем у цьому медичному закладі
- завершення 18 років особи, яка обслуговувалась у лікаря терапевта I або II ступня або педіатра
-інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
-інші обставини

IV. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ДАНІ МЕДСЕСТРИ

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	Ім'я та прізвище медсестри

20. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)] Цього року роблю вибір

☐ po raz pierwszy вперше	☐ po raz drugi[4)] вдруге	☐ po raz kolejny[4)] Більше як другий

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

Якщо ви вибираєте другий, або більше як другий протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або медсестрою у цьому медичному закладі
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

V. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ДАНІ АКУШЕРА

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	Ім'я та прізвище акушера

23. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)] Цього року роблю вибір

☐ po raz pierwszy вперше	☐ po raz drugi[4)] вдруге	☐ po raz kolejny[4)] Більше як другий

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

Якщо ви вибираєте другий, або більше як другий протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
припинення медичних послуг медичним закладом або акушером у цьому медичному закладі
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

…… (data) дата	…… (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

(підпис особи, яка обирає медичний заклад та лікаря терапевта)

……
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)