

Deklaracja wyboru
świadczeniodawcy realizującego Kompleksową Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną
nad Pacjentem z *

* wpisać nazwę schorzenia, którego dotyczy objęcie opieką

UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

I. Dane osobowe

1. Dane osoby dokonującej wyboru (świadczeniobiorca)

Kod Oddziału NFZ²

(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej)

(Nazwisko)

(Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Nazwisko rodowe)

(Płeć: M/K)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

Adres zamieszkania

(Ulica)

(Nr domu/mieszkania)

(Kod pocztowy)

(Miejscowość)

(Nazwa gminy)

(Telefon)

Adres do korespondencji (o ile adres zamieszkania jest inny)

(Ulica)

(Nr domu/mieszkania)

(Kod pocztowy)

(Miejscowość)

(Telefon)

(Nazwa gminy)

(Telefon)

2. Dane osoby dokonującej wyboru reprezentującej świadczeniobiorcę:¹

(Nazwisko)

(Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:

1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w przy ul. są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U.Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

nad Pacjentem z *

(świadczeniodawca realizujący Kompleksową Opiekę Specjalistyczną)

11

11

| | | - | | - | | | | |

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnatura umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

nad Pacjentem z *

_____ - _____ - _____

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej rezygnację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

Objaśnienia:

¹ wypełnić w przypadku gdy dane osobowe wyszczególnione w CZĘŚCI I.1 są inne niż dane wymagane w CZĘŚCI I.2

² wypełnić w przypadku dokonania wyboru. Określając kod OW NFZ - należy podać kod Oddziału właściwego ze względu na siedzibę świadczeniodawcy)

³ właściwe zakreślić znakiem „X”

POUCZENIE

Informacja dla wypełniającego deklarację

1. Możliwe jest wybranie tylko jednego świadczeniodawcy realizującego Kompleksową Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną (KAOS) w danej dziedzinie.
2. Złożenie deklaracji do kolejnego świadczeniodawcy realizującego KAOS automatycznie unieważnia poprzedni wybór.
3. Świadczeniobiorca pozostający pod opieką w ramach KAOS nie może korzystać z porad w poradni specjalistycznej w tej samej dziedzinie.

Objaśnienie sposobu wypełniania CZĘŚCI I. deklaracji wyboru

- | | | |
|------------------------|------------------|-------------------------|
| 01 – Dolnośląski | 06 – Małopolski | 11 – Pomorski |
| 02 – Kujawsko-Pomorski | 07 – Mazowiecki | 12 – Śląski |
| 03 – Lubelski | 08 – Opolski | 13 – Świętokrzyski |
| 04 – Lubuski | 09 – Podkarpacki | 14 – Warmińsko-Mazurski |
| 05 – Łódzki | 10 – Podlaski | 15 – Wielkopolski |
| | | 16 – Zachodniopomorski |

CZĘŚĆ I. 2. Wyboru w imieniu świadczeniobiorcy dokonują osoby pełnoletnie będące opiekunami/ prawnymi opiekunami niepełnoletnich dzieci, bądź innych osób, dla których ustanowiony został opiekun.