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 NFZ[2]

(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 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.

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

1. Deklaruję wybór:

(świadczeniodawca realizujący Kompleksową Opiekę Specjalistyczną)

2. Jest to wybór świadczeniodawcy dokonywany w roku bieżącym: po raz pierwszy ☐ po raz kolejny ☐

(Data: dzień-miesiąc-rok)	(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)	(Podpis osoby przyjmującej deklarację)
(Oznaczenie świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)[4]	(Oznaczenie firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)[4]	

IV.<u>Rezygnuję</u> z wyboru świadczeniodawcy realizującego Kompleksową Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną nad Pacjentem z ……..…. *

(Data: dzień-miesiąc-rok)	(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)	(Podpis osoby przyjmującej rezygnację)
(Oznaczenie świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)[4]	(Oznaczenie świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)[4]	

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"

[4] pieczęć lub nadruk lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON

P O U C Z E N I E

Informacja dla wypełniającego deklarację

1. Możliwe jest wybranie tylko jednego świadczeniodawcy realizujacego 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.