

ZGŁOSZENIE WYBORU POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Dane matki

Imię i nazwisko	
PESEL lub serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	

Niniejszym przekazuję dane wybranej przeze mnie położnej podstawowej opieki zdrowotnej, która obejmie mnie i moje dziecko opieką po porodzie.

Nazwa placówki			
Adres placówki		Dane położnej POZ (imię, nazwisko, telefon)	
Nr telefonu			
Adres e-mail			

Zostałam poinformowana, że po urodzeniu mojego dziecka Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o.o. dokona zgłoszenia porodu (zgodnie z wytycznymi zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U.2018.1756 z dnia 2018.09.11).

Data, czytelny podpis