

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI
ZDROWOTNEJ¹⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

1. Imię					2. Nazwisko												
3. Data urodzenia					4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość												
dzień – miesiąc –rok																	
5. Adres miejsca zamieszkania																	
5A. <i>Ulica</i>					5B. <i>Numer domu/mieszkania</i>					5C. <i>Kod pocztowy i miejscowość</i>							
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)																	
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)																	
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)																	
8A. <i>Imię</i>				8B. <i>Nazwisko</i>						8C. <i>Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)							
Adres miejsca zamieszkania																	
8D. <i>Ulica</i>					8E. <i>Numer domu/mieszkania</i>					8F. <i>Kod pocztowy i miejscowość</i>							
Adres miejsca zamieszkania																	
8G. <i>Imię</i>				8H. <i>Nazwisko</i>						8I. <i>Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)							
Adres miejsca zamieszkania																	
8J. <i>Ulica</i>					8K. <i>Numer domu/mieszkania</i>					8L. <i>Kod pocztowy i miejscowość</i>							

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

9. 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:

9A. Nazwa (firma)
świadczeniodawcy

9B. Adres siedziby
świadczeniodawcy

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny³⁾

11. 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, pielęgniarke podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- ☐ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

Imię i nazwisko pielęgniarki
podstawowej opieki
zdrowotnej

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny³⁾

14. 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

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾

OBJAŚNIENIA:

1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).

2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszą 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 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).

3) W przypadku wyboru trzeciego 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 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.

4) 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).

5) Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.