

# DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEGNAIRKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

| 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 |  |  |  |                                          |  |  |
| ..... - ..... - .....<br>dzień                      miesiąc                      rok                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 5A. Ulica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  | 5B. Numer domu /mieszkania                                                                  |  |  |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość           |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 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 <sup>1)</sup> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 8A. Imię                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  | 8B. Nazwisko                                                                                |  |  |  | 8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 8D. Ulica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  | 8E. Numer domu /mieszkania                                                                  |  |  |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość           |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 8G. Imię                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  | 8H. Nazwisko                                                                                |  |  |  | 8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 8J. Ulica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  | 8K. Numer domu /mieszkania                                                                  |  |  |  | 8L. Kod pocztowy i miejscowość           |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020r. poz. 172) deklaruję wybór:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| 10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>                              |  |  |  |                                          |  |  |
| 11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li> </ul> |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |                                                                                             |  |  |  |                                          |  |  |

| III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór: <sup>4)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |
| Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |
| 13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup> |
| 14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kolejnym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 500px; margin-top: 5px;"></div> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |                                                                |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">data</div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                |

#### OBJAŚNIENIA:

- <sup>1)</sup> 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).
- <sup>2)</sup> 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 wnosi 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).
- <sup>3)</sup> 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.
- <sup>4)</sup> 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).
- <sup>5)</sup> 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.