

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA
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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ___ - ___ - ___ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> dzień miesiąc rok </div> | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7A. Ulica | | | | | 7B. Numer domu/mieszkania | | | | 7C. 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 ubezwłasnowolniona¹⁾) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8A. Imię | | | 8B. Nazwisko | | | | 8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8D. Ulica | | | | | 8E. Numer domu/mieszkania | | | | 8F. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8G. Imię | | | 8H. Nazwisko | | | | 8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 2020 r. poz 172) deklaruję wybór: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13B. Adres siedziby świadczeniodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | | | | | | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

Imię i nazwisko
lekarza 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 kalendarzowym 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - 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 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 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 zaprzestania 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 opieki 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.