

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU  
 PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI  
 ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

**I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY**

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

## 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:<sup>2)</sup>

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup>

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, pielęgniarki 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:<sup>4)</sup>

Imię i nazwisko pielęgniarki  
podstawowej opieki  
zdrowotnej

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup>

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

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup>

## **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 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.