

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

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię	2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe							
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
<div style="text-align: center;"> ____-____-____ dzień — miesiąc — rok </div>			M/K									
7. Adres miejsca zamieszkania												
<i>7A. Ulica</i>					<i>7B. Numer domu/mieszkania</i>			<i>7C. Kod pocztowy i miejscowość</i>				
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona⁶⁾)												
10A. Imię			10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<i>10D. Ulica</i>					<i>10E. Numer domu/mieszkania</i>			<i>10F. Kod pocztowy i miejscowość</i>				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
10G. Imię			10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<i>10J. Ulica</i>					<i>10K. Numer domu/mieszkania</i>			<i>10L. Kod pocztowy i miejscowość</i>				
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾								12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia				
II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY												
13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruje wybór:												
<i>13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy</i>												
<i>13B. Adres siedziby świadczeniodawcy</i>												

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾				
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾	<input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁴⁾		
15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność				
III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ				
16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;"><i>Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej</i></td> <td></td> </tr> </table>			<i>Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej</i>	
<i>Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej</i>				
17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾				
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾	<input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁴⁾		
18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność				
<p>.....</p> <p>(data)</p>	<p>.....</p> <p>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)</p>			
<p>.....</p> <p>(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)</p>				

OBJAŚNIENIA:

- ¹⁾ Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarzki podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarzki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy.
- ²⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- ³⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarzki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszącej 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, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną 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).
- ⁴⁾ W przypadku wyboru drugiego 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, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną 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.
- ⁵⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarzkę 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).
- ⁶⁾ Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.