

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
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 | | | | | | | |
| ____-____-____ dzień — miesiąc — rok | | | | 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 ubezwłasnowolniona ⁶⁾) | | | | | | | | | | | | | |
| 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> | | | | | | | | | | | | | |
| 10J. Ulica | | | | 10K. Numer domu/mieszkania | | | | 10L. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 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.) deklaruję wybór: | | |
| 13A. <i>Nazwa (firma) świadczeniodawcy</i> | | |
| 13B. <i>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, połączną 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 POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | |
| 16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: ⁵⁾ | | |
| <i>Imię i nazwisko położnej 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, połączną 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> (data) | <p>.....</p> (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) | |
| <p>.....</p> (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru) | | |

OBJAŚNIENIA:

- 1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki 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, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej 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, pielęgniarkę 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, pielęgniarkę 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, 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).
- 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.