

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIAŁAJĄCEGO ŚWIADCZEN
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ) ORAZ LEKARZA
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 3)**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY	
1. Imię	2. Nazwisko
3. Nazwisko rodowe	
4. Data urodzenia	5. Płeć
6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku serial numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
7. Adres miejsca zamieszkania	
7A. Ulica	7B. Numer domu/mieszkania
7C. Kod pocztowy i miejscowość	
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 4))	
10A. Imię	10B. Nazwisko
10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	
Adres miejsca zamieszkania	
10D. Ulica	10E. Numer domu/mieszkania
10F. Kod pocztowy i miejscowość	
10G. Imię	10H. Nazwisko
10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	
Adres miejsca zamieszkania	
10J. Ulica	10K. Numer domu/mieszkania
10L. Kod pocztowy i miejscowość	
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej 3)	
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:	
13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	
14. W bieżącym roku dokonuję wyboru: 3)	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy 4)	<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="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	
16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór: 5)	
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
17. W bieżącym roku dokonuję wyboru: 3)	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy 4)	<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="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
<div style="text-align: right;"> (data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) </div>	
<div style="text-align: right;"> (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru) </div>	

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIE
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ³⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY	
1. Imię	
2. Nazwisko	3. Nazwisko rodowe
4. Data urodzenia	5. Płeć
6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku numer serialny dokumentu potwierdzającego tożsamość	
7. Adres miejsca zamieszkania	
7A. Ulica	7B. Numer domu/mieszkania
7C. Kod pocztowy i miejscowość	
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 ⁴⁾)	
10A. Imię	10B. Nazwisko
10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	
Adres miejsca zamieszkania	
10D. Ulica	10E. Numer domu/mieszkania
10F. Kod pocztowy i miejscowość	
10G. Imię	10H. Nazwisko
10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	
Adres miejsca zamieszkania	
10J. Ulica	10K. Numer domu/mieszkania
10L. Kod pocztowy i miejscowość	
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ³⁾	
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:	
13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	
14. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ³⁾	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi 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="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	
<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 deklaruje wybór: ³⁾	
Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	
17. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ³⁾	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi 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="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
..... (data)	
..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)	
..... (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)	

- 1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo badaczy świadczeniodawcami. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy udzielił on świadczeń u tego samego świadczeniodawcy.
- 2) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawionych 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 posiadania 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 u wybranego świadczeniodawcę, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub był specjalistą 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 był specjalistą 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 badaczy 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.