

**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											
--- -- -- dzień - miesiąc - rok																	
5. Adres miejsca zamieszkania																	
5A. Ulica				5B. Numer domu / mieszkania				5C. 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 ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> )																	
8A. Imię			8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)										
Adres miejsca zamieszkania																	
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość									
8G. Imię			8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)										
Adres miejsca zamieszkania																	
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:																	
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy																	
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy																	

<b>10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></b>	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>
<b>11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</b>	
<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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
<b>III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>	
<b>12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup></b>	
<i>Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej</i>	
<b>13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></b>	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci kolejny <sup>3)</sup>
<b>14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</b>	
<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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> 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.

