

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
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 | | | | | | | | |
| <div style="text-align: center;"> ____-____-____ dzień — miesiąc — rok </div> | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 ¹⁾) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny³⁾

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

Imię i nazwisko
położnej
podstawowej
opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny³⁾

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾

OBJAŚNIENIA:

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, 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.