

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z  
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

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												
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 <sup>6)</sup> )												
10A. Imię		10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
Adres miejsca zamieszkania												
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość				
Adres miejsca zamieszkania												
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						12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						

<b>prawo do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2)</sup></b>											
<b>II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY</b>											
<b>13.</b> 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. Nazwa (firma) świadczeniodawcy											
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy											
<b>14.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3)</sup>											
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy				<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>				<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>			
<b>15.</b> 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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</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 PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>											
<b>16.</b> Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>5)</sup>											
Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej											
<b>17.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3)</sup>											
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy				<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>				<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>			
<b>18.</b> 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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</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)
..... (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)	

**OBJAŚNIENIA:**

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

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