

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI
ZDROWOTNEJ
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY																				
1. Imię						2. Nazwisko														
3. Data urodzenia						4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku serial i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość														
..... <i>dzień-miesiąc-rok</i>																				
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)
świadczoniodawcy

9B. Adres siedziby
świadczoniodawcy

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ²⁾

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny ³⁾

11. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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 świadczoniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy

z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (podać jakich)

inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI 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
pielęgniarki
podstawowej
opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ²⁾

po raz pierwszy lub drugi

po raz trzeci i kolejny ³⁾

14. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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 świadczoniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy

z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (podać jakich)

inna okoliczność

.....
(data)

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

OBJAŚNIENIA

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