

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEGNIARKI
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 ¹⁾)														
8A. Imię				8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
Adres miejsca zamieszkania														
8D. Ulica						8E. Numer domu / mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość				
Adres miejsca zamieszkania														
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 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:
- o zmiana miejsca zamieszkania
 - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczoniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy
 - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (podać jakich)
-

☐ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI 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 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:
- o zmiana miejsca zamieszkania
 - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczoniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy
 - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (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 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.