

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

<b>• DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>												
<b>• Imię</b>			<b>• Nazwisko</b>				<b>• Nazwisko rodowe</b>					
<b>• Data urodzenia</b>			<b>• Płeć</b>		<b>• Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer do potwierdzającego tożsamość</b>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>__-__-____</span> <span>dzień miesiąc rok</span> </div>			M/K									
<b>• Adres miejsca zamieszkania</b>												
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość				
<b>• Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>• Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>• Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>6)</sup>)</b>												
10A. Imię			10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość				
10G. Imię			10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												

10J. <i>Ulica</i>	10K. <i>Numer domu/mieszkania</i>	10L. <i>Kod pocztowy i miejscowość</i>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</li> </ul>

**• DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY**

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. <i>Nazwa (firma) świadczeniodawcy</i>	
13B. <i>Adres siedziby świadczeniodawcy</i>	

14. 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>
--	---	---

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem wyboru jest:

<ul style="list-style-type: none"> <li>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>zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>zaprzeszanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>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>z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> <p>.....</p> </li> </ul> </li> <li>inna okoliczność</li> </ul>
---

**• DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup>

<i>Imię i nazwisko lekarza</i>	
--------------------------------	--

podstawowej opieki zdrowotnej	
----------------------------------	--

17. 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>
--	---	---

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem wyboru jest:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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>• zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>• zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>• 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>• z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• inna okoliczność</li> </ul>

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

..... (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)
--

**OBJAŚNIENIA:**

- Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy.
- 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.

- Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki 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, pielęgniarkę 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 przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną 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.
- 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).
- Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.