

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ
POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

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

	ia	

• Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾

• Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017.2217, z późn.zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾	<input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁴⁾
--	---	---

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"> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>.....</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> inna okoliczność

• DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	
--	--

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.