**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI 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** | | | | | | | |
| _ _ - _ _ - _ _ _ _<br>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* |
| | | |

| 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) świadczeniodawcy* | |
| 9B. *Adres siedziby świadczeniodawcy* | |

**10.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:[2)]

| | |
|---|---|
| □ po raz pierwszy lub po raz drugi | □ po raz trzeci i kolejny[3)] |

**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:
- zmiana miejsca zamieszkania
- zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (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 kalendarzowym dokonuję wyboru:[2)]

| | |
|---|---|
| □ po raz pierwszy lub po raz drugi | □ po raz trzeci i kolejny[3)] |

**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:
- zmiana miejsca zamieszkania
- zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (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.