

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI
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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="text-align: center;"> _ _ - _ - _ - _ - _ dzień — miesiąc — rok </div> | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5A. Ulica | | | | | 5B. Numer domu / mieszkania | | | | 5C. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i> | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8A. Imię | | | 8B. Nazwisko | | | | | 8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8D. Ulica | | | | | 8E. Numer domu/mieszkania | | | | 8F. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8G. Imię | | | 8H. Nazwisko | | | | | 8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | PRZYCHODNIA "TWÓJ LEKARZ" ANNA WALENTOWICZ-URBAN |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | UL. WSPÓLNA 6, 87-134 PRZYSIEK |

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> 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 | Mirosława Czerwińska |
|--|----------------------|

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> 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.