

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

|                                                                                                                                                                |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------|--|--|----------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>                                                                                                                     |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| <b>1. Imię</b>                                                                                                                                                 |  |  |                                                                                                    |  |  | <b>2. Nazwisko</b>          |  |  |                                                    |  |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| <b>3. Data urodzenia</b>                                                                                                                                       |  |  | <b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b> |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| _ _ - _ _ - _ _ _ _<br>dzień — miesiąc — rok                                                                                                                   |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| <b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>                                                                                                                           |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| 5A. Ulica                                                                                                                                                      |  |  |                                                                                                    |  |  | 5B. Numer domu / mieszkania |  |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość                     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| <b>6. Numer telefonu</b><br><i>(pole nieobowiązkowe)</i>                                                                                                       |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| <b>7. Adres e-mail</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>                                                                                                            |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| <b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| 8A. Imię                                                                                                                                                       |  |  | 8B. Nazwisko                                                                                       |  |  |                             |  |  | 8C. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i> |  |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>                                                                                                                              |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| 8D. Ulica                                                                                                                                                      |  |  |                                                                                                    |  |  | 8E. Numer domu/mieszkania   |  |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość                     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>                                                                                                                              |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| 8G. Imię                                                                                                                                                       |  |  | 8H. Nazwisko                                                                                       |  |  |                             |  |  | 8I. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i> |  |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>                                                                                                                              |  |  |                                                                                                    |  |  |                             |  |  |                                                    |  |  |  |
| 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:<sup>2)</sup>

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup>

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - 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
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- ☐ inna okoliczność

## III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup>

|                                                       |                     |
|-------------------------------------------------------|---------------------|
| Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | Magdalena Cychowska |
|-------------------------------------------------------|---------------------|

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup>

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - 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
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- ☐ inna okoliczność

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup>

## **OBJAŚNIENIA:**

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza 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 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).
- 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, lekarza 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.
- 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.