



# DEKLARACJA WYBORU

ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

## I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

1. Imię

2. Nazwisko

3. Data urodzenia

  
dzień  
miesiąc  
rok

4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

5. Adres miejsca zamieszkania

  
5A. Ulica  
5B. Numer domu/mieszkania  
5C. Kod pocztowy i miejscowość

6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

7. Adres email (pole nieobowiązkowe)

8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku, gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>1)</sup>)

  
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 2017r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U z 2020r. poz. 172) deklaruję wybór:

  
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy  
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy

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 2017r. 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 2017r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>4</sup>

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

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 2017r. 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

15. **Cierpię na chorobę(y) przewlekłą(e)** ☐ nie ☐ tak - prosimy wskazać jaką(ie):  
(pole nieobowiązkowe)

16. **Zażywam na stałe leki** ☐ nie ☐ tak - prosimy wskazać jakie:  
(pole nieobowiązkowe)

data

podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego <sup>5</sup>

#### OBJAŚNIENIA:

<sup>1</sup> Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

<sup>2</sup> Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszą 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, położną 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).

<sup>3</sup> 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

<sup>4</sup> 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).

<sup>5</sup> 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.