

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z  
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
|---|--------------------|--|--|--|----------------------------|---------------------------|--|--|--|---|--|--|--|-----------|
| <b>1. Imię</b>  | <b>2. Nazwisko</b> |  |  |  |                            | <b>3. Nazwisko rodowe</b> |  |  |  |   |  |  |  |           |
|   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| <b>4. Data urodzenia</b>  | <b>5. Płeć</b>     | <b>6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b> |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| -- -- -- --<br>dzień — miesiąc — rok  | M/K                |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| <b>7. Adres miejsca zamieszkania</b>  |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| 7A. Ulica   |                    |  |  |  | 7B. Numer domu/mieszkania  |                           |  |  |  | 7C. Kod pocztowy i miejscowość                                    |  |  |  |           |
|   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| <b>8. Numer telefonu</b><br>(pole nieobowiązkowe)   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| <b>9. Adres e-mail</b> (pole nieobowiązkowe)  |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| <b>10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> ) |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| 10A. Imię   |                    | 10B. Nazwisko  |  |  |                            |                           | 10C. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |  |  |   |  |  |  |           |
|   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| 10D. Ulica  |                    |  |  |  | 10E. Numer domu/mieszkania |                           |  |  |  | 10F. Kod pocztowy i miejscowość                                   |  |  |  |           |
|   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| 10G. Imię   |                    | 10H. Nazwisko  |  |  |                            |                           | 10I. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |  |  |   |  |  |  |           |
|   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| 10J. Ulica  |                    |  |  |  | 10K. Numer domu/mieszkania |                           |  |  |  | 10L. Kod pocztowy i miejscowość                                   |  |  |  |           |
|   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  |           |
| <b>11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2)</sup></b>                    |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  | <b>12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b> |  |  |  |           |
|   |                    |  |  |  |                            |                           |  |  |  |   |  |  |  | <b>11</b> |

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

**13.** Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy  | Przychodnia Lekarska Jasień Sp. z o.o. |
| 13B. Adres siedziby świadczeniodawcy | 80-125 Gdańsk, ul. Kartuska 404        |

**14.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

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

**15.** W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność   |

## III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

|  |  |
|--|--|
| Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej |  |
|--|--|

**17.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

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

**18.** W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność   |

|  |  |
|--|--|
| .....<br>(data)  | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) |
| .....<br>(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru) |  |

## OBJAŚNIENIA:

- 1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy.
- 2) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza 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 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, 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).
- 4) 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.
- 5) 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).
- 6) 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.