

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

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY											
1. Imię				2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe			
4. Data urodzenia				5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość					
--- -- -- dzień — miesiąc — rok				M/K							
7. Adres miejsca zamieszkania											
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość			
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)											
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)											
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> )											
10A. Imię			10B. Nazwisko			10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania											
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość			
10G. Imię			10H. Nazwisko			10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania											
10J. Ulica				10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość			
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej <sup>2)</sup>						12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia					
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											
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy											
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>			

## 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)  
świadczoniodawcy

13B. Adres siedziby  
świadczoniodawcy

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

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

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:

- 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

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>

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

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:

- 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)

.....  
(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.