

## WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
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 |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| ____ - ____ - ____<br>dzień - miesiąc - rok   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 5A. Ulica   |  |              |   | 5B. Numer domu / mieszkania |  |             |   | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe)  |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail (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<br>(pole nieobowiązkowe) |                                |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 8D. Ulica   |  |              |   | 8E. Numer domu/mieszkania   |  |             |   | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 8G. Imię  |  | 8H. Nazwisko |   |                             |  |             | 8I. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |                                |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 8J. Ulica   |  |              |   | 8K. Numer domu/mieszkania   |  |             |   | 8L. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |

| II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY   |   |
|---|---|
| <p><b>9.</b> 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:</p>  |   |
| <p>9A. Nazwa (firma)<br/>świadczeniodawcy</p>   |   |
| <p>9B. Adres siedziby<br/>świadczeniodawcy</p>  |   |
| <p><b>10.</b> W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></p>   |   |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi   | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>                          |
| <p><b>11.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>   |   |
| <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><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |   |
| III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  |   |
| <p><b>12.</b> Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup></p>  |   |
| <p>Imię i nazwisko<br/>położnej<br/>podstawowej<br/>opieki zdrowotnej</p>   |   |
| <p><b>13.</b> W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></p>   |   |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi   | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>                          |
| <p><b>14.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>   |   |
| <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><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |   |
| <p>.....<br/>(data)</p>   | <p>.....<br/>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup></p> |

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) 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 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, 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).
- 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, położną 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.