

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

| <b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>  |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |
|---|--|--|----------------------|--------------------|--|--|--|---------------------------|---|---|--|--|--|
| <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>  |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |
| <b>7A. Ulica</b>  |  |  |                      |                    |  | <b>7B. Numer domu/mieszkania</b>   |  |                           |   | <b>7C. Kod pocztowy i miejscowość</b>                             |  |  |  |
|   |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |
| <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> ) |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |
| <b>10A. Imię</b>  |  |  | <b>10B. Nazwisko</b> |                    |  |  |  |                           | <b>10C. Numer telefonu</b><br>(pole nieobowiązkowe) |   |  |  |  |
|   |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>   |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |
| <b>10D. Ulica</b>   |  |  |                      |                    |  | <b>10E. Numer domu/mieszkania</b>  |  |                           |   | <b>10F. Kod pocztowy i miejscowość</b>                            |  |  |  |
|   |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |
| <b>10G. Imię</b>  |  |  | <b>10H. Nazwisko</b> |                    |  |  |  |                           | <b>10I. Numer telefonu</b><br>(pole nieobowiązkowe) |   |  |  |  |
|   |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>   |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |
| <b>10J. Ulica</b>   |  |  |                      |                    |  | <b>10K. Numer domu/mieszkania</b>  |  |                           |   | <b>10L. Kod pocztowy i miejscowość</b>                            |  |  |  |
|   |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |
| <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> |  |  |  |
|   |  |  |                      |                    |  |  |  |                           |   |   |  |  |  |

## 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>

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:

<sup>1)</sup> 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.