

## WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI  
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 |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |  |
| <div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> </div> <div> <div>dzień</div> <div>-</div> <div>miesiąc</div> <div>-</div> <div>rok</div> </div>     |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 9. 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                  |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
| 10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |
| <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="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |                                                                                  |
| III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                  |
| 12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>4)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
| Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                  |
| 13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |
| <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="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |                                                                                  |
| .....<br>(data)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup> |

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub pielęgniarki 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, pielęgniarkę 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, pielęgniarkę 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.