

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 26 czerwca 2020 r. (poz. 1143)

Załącznik nr 1

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>																		
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>												
<b>3. Data urodzenia</b>				<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>														
-- -- - - - - dzień - miesiąc - rok																		
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>																		
<b>5A. Ulica</b>					<b>5B. Numer domu / mieszkania</b>				<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>									
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>																		
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>																		
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>1)</sup>)</b>																		
<b>8A. Imię</b>			<b>8B. Nazwisko</b>					<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>										
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																		
<b>8D. Ulica</b>					<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>									
<b>8G. Imię</b>			<b>8H. Nazwisko</b>					<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>										
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																		
<b>8J. Ulica</b>					<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>									

<b>II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY</b>	
<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:	
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	
<b>10.</b> 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>
<b>11.</b> 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>○ zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>○ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>○ osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii</li> <li>○ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność	
<b>III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>	
<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>	
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
<b>13.</b> 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>
<b>14.</b> 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>○ zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>○ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>○ osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii</li> <li>○ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność	
..... (data)	..... (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 innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza 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, lekarza 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).
- 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, lekarza 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.
- 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.