

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z  
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI  
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 |  |                    |                                           |                                                            |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">             _ _ - _ _ - _ _<br/>             dzień — miesiąc — rok           </div>                                    |  |  |               | 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                            |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                          |  |  |               |             |  |                                                                                             |  |                    |                                           |                                                            |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                               |  |  |               |             |  |                                                                                             |  |                    |                                           |                                                            |  |  |  |  |
| 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  | PRZYCHODNIA PORTOWA Sp. z o.o. |
| 13B. Adres siedziby świadczeniodawcy | Energetyków 2, 70-656 Szczecin |

**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> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

**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 | Klaudia Szymańska |
|------------------------------------------------------------|-------------------|

**17.** 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> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

**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

|                 |                                                                    |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------|
| .....<br>(data) | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------|

.....  
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

**OBSAŻNIENIA:**

- 1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarstwa 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, pielęgniarstwa 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, pielęgniarstwo 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, pielęgniarstwo 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, pielęgniarstwo 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.