

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

| 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 | | | | | | | |
| _ _ - _ - _ - _ dzień – miesiąc – rok | | | 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 ⁶⁾) | | | | | | | | | | | | |
| 10A. Imię | | | 10B. Nazwisko | | | | 10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | |
| 10D. Ulica | | | | 10E. Numer domu/mieszkania | | | | 10F. Kod pocztowy i miejscowość | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 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 ²⁾ | | | | | | | 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.) deklaruje wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczonodawcy

13B. Adres siedziby
świadczonodawcy

14. W bieżącym roku dokonuje wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - 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
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko
lekarza podstawowej
opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuje wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - 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
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

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