

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

**I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY**

<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>			
5A.. Ulica		5B. Numer domu/ mieszkania	5C. Kod pocztowy i miejscowość
<b>6. Numer telefonu</b> (pole nieobowiązkowe)			
<b>7. Adres e-mail</b> (pole nieobowiązkowe)			
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku, gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona) <sup>1)</sup>			
8A. Imię	8B. Nazwisko	8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	
Adres miejsca zamieszkania			
8D. Ulica	8E. Numer domu/ mieszkania	8F. Kod pocztowy i miejscowość	
8G. Imię	8H. Nazwisko	8I. Numer telefonu (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 o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruje wybór:**

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	<b>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA</b>
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	<b>75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2</b>

**10. W bieżącym roku dokonuje wyboru:** <sup>2)</sup>

- po raz pierwszy lub po raz drugi       po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>

**11. 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, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
- \_\_\_\_\_
- 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 deklaruje wybór:** <sup>4)</sup>

Imię i nazwisko pielęgniarzki podstawowej opieki zdrowotnej	
---	--

**13. W bieżącym roku dokonuje wyboru:** <sup>2)</sup>

- po raz pierwszy lub po raz drugi       po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>

**14. 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, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
- \_\_\_\_\_
- inna okoliczność

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

## **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