

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ
POŁOŻNEJ 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																	
- -																											
5. Adres miejsca zamieszkania																											
5A. Ulica														5B. Numer domu/mieszkania													
5C. Kod pocztowy					5C. Miejscowość																						
-																											
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)																											
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)																											
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹)																											
8A. Imię							8B. Nazwisko							8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)													
Adres miejsca zamieszkania																											
8D. Ulica										8E. Numer domu/mieszkania							8F. Kod pocztowy i miejscowość										
Adres miejsca zamieszkania																											
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 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruje wybór:																											
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy					SAMORZĄDOWY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIEKOSZOWIE																						
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy					26-065 PIEKOSZÓW UL. CZĘSTOCHOWSKA 75																						
10. W bieżącym roku dokonuje wyboru:²⁾																											
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi														<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾													

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:	
<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> ○ zmiana miejsca zamieszkania ○ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy ○ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> 	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	
12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór:⁴⁾	
Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	
13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:	
<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> ○ zmiana miejsca zamieszkania ○ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy ○ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> 	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
..... (data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) ⁵⁾

OBJAŚNIENIA:

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