

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA 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										
--- --- --- dzień - miesiąc - rok													
5. Adres miejsca zamieszkania													
5A. Ulica					5B. Numer domu / mieszkania			5C. Kod pocztowy i 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)													
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 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma)
świadczoniodawcy

9B. Adres siedziby
świadczoniodawcy

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:

Imię i nazwisko
lekarza
podstawowej
opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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)