DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ[1)]

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.) deklaruję wybór:

13A. *Nazwa (firma) świadczeniodawcy*	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Człuchowie**
13B. *Adres siedziby świadczeniodawcy*	**77-300 Człuchów, ul. Szczecińska 31**

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)]

□ po raz pierwszy	□ po raz drugi[4)]	□ po raz kolejny[4)]

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:

- o zmiana miejsca zamieszkania
- o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- o 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 deklaruję wybór:[5)]

Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	**Lucyna Kałwińska *** **Kinga Sawicka ***	* niepotrzebne skreślić

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)]

□ po raz pierwszy	□ po raz drugi[4)]	□ po raz kolejny[4)]

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:

- o zmiana miejsca zamieszkania
- o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

……

□ inna okoliczność

…… (data)	…… (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

…… (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

OBJAŚNIENIA:

[1)] Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki 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, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę 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, pielęgniarkę 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, 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).

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.