

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

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|----------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|
| 1. Imię | | | | | | 2. Nazwisko | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 3. Data urodzenia | | | 4. Numer PESEL, a przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | | | | | | | | | |
| <div style="text-align: center;"> ____-____-____ <small>dzień – miesiąc - rok</small> </div> | | | | | | | | | | | | |
| 5. Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | |
| <i>5A. Ulica</i> | | | | <i>5B. Numer domu/mieszkania</i> | | | | <i>5C. Kod pocztowy i miejscowość</i> | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 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 ubezwłasnowolniona¹⁾) | | | | | | | | | | | | |
| <i>8A. Imię</i> | | | | <i>8B. Nazwisko</i> | | | | <i>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</i> | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i> | | | | | | | | | | | | |
| <i>8D. Ulica</i> | | | | <i>8E. Numer domu/mieszkania</i> | | | | <i>8F. Kod pocztowy i miejscowość</i> | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| <i>8G. Imię</i> | | | | <i>8H. Nazwisko</i> | | | | <i>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</i> | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i> | | | | | | | | | | | | |
| <i>8J. Ulica</i> | | | | <i>8K. Numer domu/mieszkania</i> | | | | <i>8L. Kod pocztowy i miejscowość</i> | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | | |
| <i>9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy</i> | | Dolnośląskie Centrum Medyczne DOLMED S.A. | | | | | | | | | | |
| <i>9B. Adres siedziby świadczeniodawcy</i> | | ul. Legnicka 40, 53-674 Wrocław | | | | | | | | | | |
| 10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję 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 kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest: | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <input type="checkbox"/> 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 deklaruję wybór: ⁴⁾ | |
| Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej | |
| 13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: ²⁾ | |
| <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 drugi lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest: | |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <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 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.