

**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 |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">           _ _ - _ - _ - _ -<br/>           dzień - miesiąc - rok         </div>                                       |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 5A. Ulica   |  |  |              | 5B. Numer domu / mieszkania |  |   |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i>   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>  |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8A. Imię  |  |  | 8B. Nazwisko |                             |  |   | 8C. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i> |                                |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8D. Ulica   |  |  |              | 8E. Numer domu/mieszkania   |  |   |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8G. Imię  |  |  | 8H. Nazwisko |                             |  |   | 8I. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i> |                                |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 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) świadczeniodawcy  |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |

**10.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję 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 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

### III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

**12.** Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup>

*Imię i nazwisko  
położnej  
podstawowej  
opieki zdrowotnej*

**13.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję 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 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup>

**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, położną 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, położną 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.