**Załącznik nr 2**

*WZÓR*

## 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 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[1)]) | | | |
| 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) świadczeniodawcy* | |
| 9B. *Adres siedziby świadczeniodawcy* | |

**10.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:[2)]

| | |
|---|---|
| ☐ po raz pierwszy lub po raz drugi | ☐ 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:

☐ 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
  ……

☐ 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)]

| | |
|---|---|
| ☐ po raz pierwszy lub po raz drugi | ☐ po raz trzeci i kolejny[3)] |

**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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
  ……

☐ inna okoliczność

| | |
|---|---|
| (data) | ……<br>(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.