

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

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY		
<b>1. Imię</b>	<b>2. Nazwisko</b>	
<b>3. Data urodzenia</b>	<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>	
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>		
<b>5A. Ulica</b>	<b>5B. Numer domu/mieszkania</b>	<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>		<input type="text"/>
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>		<input type="text"/>
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>1)</sup>)</b>		
<b>8A. Imię</b>	<b>8B. Nazwisko</b>	<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>		
<b>8D. Ulica</b>	<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>	<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>
<b>8G. Imię</b>	<b>8H. Nazwisko</b>	<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>		
<b>8J. Ulica</b>	<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>	<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>

## 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 2020r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SKARSZEWACH
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	83-250 Skarszewy ul. Dworcowa 11

10. W bieżącym roku 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 drugi 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)

## 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 dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

po raz pierwszy i po raz drugi	po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>
--------------------------------	---------------------------------------

14. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi 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)

.....  
(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.