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
__ __ - __ __ - __ __ __ __ dzień miesiąc rok	

5. Adres miejsca zamieszkania

7A. *Ulica*	7B. *Numer domu/mieszkania*	7C. *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*	8 K. *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:

13A. *Nazwa (firma) świadczeniodawcy*	
13B. *Adres siedziby świadczeniodawcy*	

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

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

Gm-(31701) A4/2 **GEMINI** tel./fax 32 353 80 28

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:[4)]

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[2)]

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi ☐ 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:

☐ 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)[5)]

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 pielegniarki 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 swiadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub 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 zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczenidawcy 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 świadczenniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczenniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 Października 2017 r. o podstawowej opieki 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.