



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 4 lipca 2018 r.

Poz. 1295

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 12 czerwca 2018 r.

#### w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 10 ust. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217 oraz z 2018 r. poz. 1000) zarządza się, co następuje:

#### § 1. Ustala się wzór deklaracji wyboru:

- 1) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, zwanej dalej „ustawą”, oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy, oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy, oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy, oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

#### § 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: *wz. J. Szczurek-Żelazko*

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 779), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 48 ust. 1 pkt 11a ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991, z 2016 r. poz. 65, 580, 652, 832, 1579 i 2020, z 2017 r. poz. 599 i 1524 oraz z 2018 r. poz. 697).



II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY		
<b>13.</b> Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:		
13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy		
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy		
<b>14.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3)</sup>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
<b>15.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ		
<b>16.</b> Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>5)</sup>		
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		
<b>17.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3)</sup>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
<b>18.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
..... (data)	..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)	
..... (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)		

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy.
- 2) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, 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).
- 4) W przypadku wyboru drugiego 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 5) 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).
- 6) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.



<b>II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY</b>		
<b>13.</b> Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:		
13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy		
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy		
<b>14.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3)</sup>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
<b>15.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
<b>III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>		
<b>16.</b> Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>5)</sup>		
Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej		
<b>17.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3)</sup>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
<b>18.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
<p>.....</p> (data)	<p>.....</p> (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)	
<p>.....</p> (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)		

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy.
- 2) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, 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).
- 4) W przypadku wyboru drugiego 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 5) 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).
- 6) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.

## WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY														
1. Imię				2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe						
4. Data urodzenia				5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość								
____-____-_____ dzień — miesiąc — rok				M/K										
7. Adres miejsca zamieszkania														
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość						
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)														
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)														
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> )														
10A. Imię				10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
Adres miejsca zamieszkania														
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość						
10G. Imię				10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
Adres miejsca zamieszkania														
10J. Ulica				10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość						
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej <sup>2)</sup>								12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						



II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY		
<b>13.</b> Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:		
13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy		
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy		
<b>14.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3)</sup>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
<b>15.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ		
<b>16.</b> Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>5)</sup>		
Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej		
<b>17.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3)</sup>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
<b>18.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
<p>.....</p> (data)	<p>.....</p> (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)	
<p>.....</p> (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)		

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy.
- 2) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, 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).
- 4) W przypadku wyboru drugiego 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 5) 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).
- 6) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.



II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY		
<p><b>13.</b> Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:</p>		
<p>13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy</p>		
<p>13B. Adres siedziby świadczeniodawcy</p>		
<p><b>14.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup></p>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
<p><b>15.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> inna okoliczność</li> </ul> </div>		
III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ		
<p><b>16.</b> Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup></p>		
<p>Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej</p>		
<p><b>17.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup></p>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
<p><b>18.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> inna okoliczność</li> </ul> </div>		

<b>IV. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>		
<p><b>19.</b> Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup></p>		
<p><i>Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej</i></p>		
<p><b>20.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup></p>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
<p><b>21.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>		
<p><input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> inna okoliczność</p>		
<b>V. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>		
<p><b>22.</b> Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup></p>		
<p><i>Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej</i></p>		
<p><b>23.</b> W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup></p>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
<p><b>24.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>		
<p><input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> inna okoliczność</p>		
<p>..... (data)</p>	<p>..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)</p>	
<p>..... (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)</p>		

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami.
- 2) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, 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).
- 4) W przypadku wyboru drugiego 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 5) 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).
- 6) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.