

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
 Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA
 PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI
 ZDROWOTNEJ I 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																	
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)									
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																	
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość									
8G. Imię				8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)									
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																	
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	CENTRUM MEDYCZNE IKAR PROWADZONE PRZEZ "J.K.-21" SP.ZO.O. W GRUDZIĄDZ
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	Legionów 21/23, 86-300 Grudziądz

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - 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
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA 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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
---	--

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - 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
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾

IV. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

15. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

<i>Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej</i>	
---	--

16. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾ |
|---|--|

17. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, <input type="radio"/> pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
..... <input type="checkbox"/> inna okoliczność |
|--|

(data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) ⁵⁾
--------	--

V. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

19. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

<i>Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej</i>	
---	--

20. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾ |
|---|--|

22. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, <input type="radio"/> położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
..... <input type="checkbox"/> 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 innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, innej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, innej położnej podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
2)	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).
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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, 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.
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.