

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI  
ZDROWOTNEJ I POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

| <b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                    |  |                    |  |                                             |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|---------------------------------------------|--|--|--|--|
| <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> |  |                    |  |                                             |  |  |  |  |
| dzień — miesiąc — rok                                                                                                                                          |  |  |  |                                                                                                    |  |                    |  |                                             |  |  |  |  |
| <b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                    |  |                    |  |                                             |  |  |  |  |
| 5A. Ulica                                                                                                                                                      |  |  |  | 5B. Numer domu / mieszkania                                                                        |  |                    |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość              |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |  |                                                                                                    |  |                    |  |                                             |  |  |  |  |
| <b>6. Numer telefonu</b><br>(pole nieobowiązkowe)                                                                                                              |  |  |  |                                                                                                    |  |                    |  |                                             |  |  |  |  |
| <b>7. Adres e-mail</b> (pole nieobowiązkowe)                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                    |  |                    |  |                                             |  |  |  |  |
| <b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |  |                                                                                                    |  |                    |  |                                             |  |  |  |  |
| 8A. Imię                                                                                                                                                       |  |  |  | 8B. Nazwisko                                                                                       |  |                    |  | 8C. Numer telefonu<br>(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<br>(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"<br>SP.ZO.O. W GRUDZIĄDZ |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | Legionów 21/23, 86-300 Grudziądz                                         |

**10.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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

**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)<sup>5)</sup>**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:<sup>4)</sup>

|                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko<br>lekarza podstawowej<br>opieki zdrowotnej |  |
|-------------------------------------------------------------|--|

**13.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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

**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)<sup>5)</sup>

**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:<sup>4)</sup>

Imię i nazwisko  
pielęgniarki  
podstawowej  
opieki zdrowotnej

**16.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup>

**17.** 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)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup>

**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:<sup>4)</sup>

Imię i nazwisko  
położnej  
podstawowej  
opieki zdrowotnej

**20.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup>

**22.** 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

(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 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |