

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 26 czerwca 2020 r. (poz. 1143)

Załącznik nr 1

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ  
LEKARZA 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 |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| ____-____-____<br>dzień - miesiąc - rok   |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania   |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| 5A. Ulica   |  |  |   |  | 5B. Numer domu / mieszkania |             |   |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |
|   |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe)  |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| 7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)   |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| 8A. Imię  |  |  | 8B. Nazwisko  |  |                             |             | 8C. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |  |                                |  |  |  |
|   |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| 8D. Ulica   |  |  |   |  | 8E. Numer domu/mieszkania   |             |   |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |
|   |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| 8G. Imię  |  |  | 8H. Nazwisko  |  |                             |             | 8I. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |  |                                |  |  |  |
|   |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |   |  |                             |             |   |  |                                |  |  |  |
| 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)<br>świadczoniodawcy  |  |
| 9B. Adres siedziby<br>świadczoniodawcy |  |

**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:

|  |
|--|
| <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>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o 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>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |
|--|

**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:

|  |
|--|
| <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>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o 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>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |
|--|

.....  
(data)

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

**OBJAŚNIENIA:**

- pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza 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 lub lekarza 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 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 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.

## WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ  
PIELĘGNIARKI 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 |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">           _ - _ - _<br/>           dzień - miesiąc - rok         </div>   |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania   |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 5A. Ulica   |  |  |              |  | 5B. Numer domu / mieszkania |   |  |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i>   |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>  |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8A. Imię  |  |  | 8B. Nazwisko |  |                             |   | 8C. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i> |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8D. Ulica   |  |  |              |  | 8E. Numer domu/mieszkania   |   |  |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8G. Imię  |  |  | 8H. Nazwisko |  |                             |   | 8I. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i> |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |              |  |                             |   |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 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   |  |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy  |  |
| 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:  |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:<br>o zmiana miejsca zamieszkania<br>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<br>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br>.....<br><input type="checkbox"/> inna okoliczność |  |
| III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI 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 pielęgniarki podstawowej 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:  |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:<br>o zmiana miejsca zamieszkania<br>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<br>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br>.....<br><input type="checkbox"/> inna okoliczność |  |
| .....<br>(data)  | .....<br>(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 pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub pielęgniarki 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, pielęgniarkę 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, pielęgniarkę 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.

## WZÓR

**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 |  |                                |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">           _ _ _ _<br/>           dzień - miesiąc - rok         </div>   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| 5A. Ulica   |  |  |              | 5B. Numer domu / mieszkania |  |   |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |
|   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i>   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>  |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| 8A. Imię  |  |  | 8B. Nazwisko |                             |  |   | 8C. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i> |                                |  |  |  |  |
|   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| 8D. Ulica   |  |  |              | 8E. Numer domu/mieszkania   |  |   |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |
|   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| 8G. Imię  |  |  | 8H. Nazwisko |                             |  |   | 8I. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i> |                                |  |  |  |  |
|   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |
| 8J. Ulica   |  |  |              | 8K. Numer domu/mieszkania   |  |   |  | 8L. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |
|   |  |  |              |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |

| II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY   |   |
|---|---|
| <p><b>9.</b> 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:</p>  |   |
| <p>9A. Nazwa (firma)<br/>świadczeniodawcy</p>   |   |
| <p>9B. Adres siedziby<br/>świadczeniodawcy</p>  |   |
| <p><b>10.</b> W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></p>   |   |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi   | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>                          |
| <p><b>11.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>   |   |
| <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>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną z podstawową opieką zdrowotną u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |   |
| III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  |   |
| <p><b>12.</b> Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup></p>  |   |
| <p>Imię i nazwisko<br/>położnej<br/>podstawowej<br/>opieki zdrowotnej</p>   |   |
| <p><b>13.</b> W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></p>   |   |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi   | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>                          |
| <p><b>14.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>   |   |
| <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>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną z podstawową opieką zdrowotną u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |   |
| <p>.....<br/>(data)</p>   | <p>.....<br/>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup></p> |



**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.