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

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** |
| \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_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 ubezwłasnowolniona1)) |
|  | 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* | 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 opiecezdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór: |
|  | 9A. *Nazwa (firma)**świadczeniodawcy* | Przychodnia Lekarska „Nova Med”  |  |
|  | 9B. *Adres siedziby**świadczeniodawcy* | ul. Dąbrowskiego 4, 72-600 Świnoujście  |  |
| **10.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2) |
|  | □ po raz pierwszy lub po raz drugi | □ po raz trzeci i kolejny3) |  |
| **11.** W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowymnależy 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
 |  |
| **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) |
|  | □ po raz pierwszy lub po raz drugi | □ po raz trzeci i kolejny3) |  |
| **14.** W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowymnależy 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) |

**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, 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.