

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

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										
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> dzień — miesiąc — rok	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> M/K	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	
7 Adres miejsca zamieszkania												
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość				
8 Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>
9 Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
10 Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁶⁾)												
10A. Imię			10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania												
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania a				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 zdrowotnej²⁾						12 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						
<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>
II DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY												
13. 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	Gyncentrum Sp. z o.o.
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	40-851 Katowice, ul. Żelazna 1

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

- po raz pierwsz po raz drugi po raz kolejny

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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

III DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	Magdalena Badowska
---	--------------------

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

- po raz pierwszy po raz drugi po raz kolejny

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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
 - innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- 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 wnoszą 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.

V DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. 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	Gyncentrum Sp. z o.o.
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	40-851 Katowice, ul. Żelazna 1

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

<input type="radio"/> po raz pierwszy	<input type="radio"/> po raz drugi	<input type="radio"/> po raz kolejny
---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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

VI DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	Adam Cebula
--	-------------

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

<input type="radio"/> po raz pierwszy	<input type="radio"/> po raz drugi	<input type="radio"/> po raz kolejny
---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

OBJAŚNIENIA:

- ⁷ 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.
- ⁸ 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.
- ⁹ 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 wnoszą 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).
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ 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).
- ¹² 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.

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ **POŁOŻNEJ**
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

VII 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										
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> dzień — miesiąc — rok	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> M/K											
7 Adres miejsca zamieszkania												
<i>7A. Ulica</i>				<i>7B. Numer domu/mieszkania</i>				<i>7C. Kod pocztowy i miejscowość</i>				
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 ⁶⁾)												
<i>10A. Imię</i>	<i>10B. Nazwisko</i>				<i>10C. Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<i>10D. Ulica</i>				<i>10E. Numer domu/mieszkania</i>				<i>10F. Kod pocztowy i miejscowość</i>				
<i>10G. Imię</i>	<i>10H. Nazwisko</i>				<i>10I. Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<i>10J. Ulica</i>				<i>10K. Numer domu/mieszkania</i>				<i>10L. Kod pocztowy i miejscowość</i>				
11 Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾						12 Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						
VIII DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY												
13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece												

zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn.zm.) deklaruje wybór:

13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	Gyncentrum Sp. z o.o.
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	40-851 Katowice, ul. Żelazna 1

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> po raz pierwszy | <input type="radio"/> po raz drugi | <input type="radio"/> po raz kolejny |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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

IX DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	Katarzyna Głońska
---	-------------------

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> po raz pierwszy | <input type="radio"/> po raz drugi | <input type="radio"/> po raz kolejny |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

OBJAŚNIENIA:

- ¹³ 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.
- ¹⁴ 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.
- ¹⁵ 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 wnoszącej 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).
- ¹⁶ 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.
- ¹⁷ 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).
- ¹⁸ 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.