**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

|  |
| --- |
| 1. **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* | 8L. *Numer telefonu*  *(pole nieobowiązkowe)* |
|  |  |  |
| *Adres miejsca zamieszkania* |
| 8J. *Ulica* | 8K. *Numer domu/mieszkania* | 8L. *Kod pocztowy i miejscowość* |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY**
 |
| **9.** 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:

|  |  |
| --- | --- |
| 9A. *Nazwa (firma)* *świadczeniodawcy* | **Gyncentrum Sp. z o.o.****NZOZ HOLSAMED - oddział Libero** |
| 9B. *Adres siedziby* *świadczeniodawcy* |  **ul. Kościuszki 229****40-600 Katowice** |

 |
| **10.** W bieżącym roku 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, 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
 |

 |
| 1. **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:4)

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko* *pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej* | **Aleksandra Markefka** |

 |
| **13.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:2)

|  |  |
| --- | --- |
| □ po raz pierwszy lub po raz drugi  | □ po raz trzeci i kolejny3) |

 |
| **14.** W przypadku dokonania wyboru po trzeci 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
 |

 |
| …………………………………………(data) | ……………………………….……….………..…………………………………………(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) |

**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.