*/*

**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* | **Holsamed sp z o.o**  **40-139 Katowice**  **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* | **Agnieszka Kosiek** | | |
| **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.