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

Załącznik nr 1

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 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 ubezwłasnowolniona) [1)]

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 opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	PRZYCHODNIA VITA MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Janusza Meissnera 7 03-982 Warszawa

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru: [2)]

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi ☐ po raz trzeci i kolejny [3)]

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

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 kolejny [3)]

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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) [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 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.