Załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 26 czerwca 2020 r. (poz. 1143)

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ 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 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*	
9B. *Adres siedziby świadczeniodawcy*	

10. W bieżącym roku kalendarzowym 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 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:
- o zmiana miejsca zamieszkania
- o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

.....

☐ inna okoliczność

0356.1/ DRUK: KOT-BUD Tychy, tel 32/329-83-57

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej 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:
- o zmiana miejsca zamieszkania
- o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- o 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 nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

[2] Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub położnej 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, 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, położną 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.

0356.1/ DRUK: KOT-BUD Tychy, tel.32/329-83-57