

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z  
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY														
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>								
<b>3. Data urodzenia</b>						<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>								
-- -- -- -- dzień — miesiąc — rok														
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>														
5A. <i>Ulica</i>						5B. <i>Numer domu/mieszkania</i>				5C. <i>Kod pocztowy i miejscowość</i>				
<b>6. Numer telefonu</b> (pole nieobowiązkowe)														
<b>7. Adres e-mail</b> (pole nieobowiązkowe)														
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> )														
8A. <i>Imię</i>			8B. <i>Nazwisko</i>						8C. <i>Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>														
8D. <i>Ulica</i>						8E. <i>Numer domu/mieszkania</i>				8F. <i>Kod pocztowy i miejscowość</i>				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>														
8G. <i>Imię</i>			8H. <i>Nazwisko</i>						8I. <i>Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>														
8J. <i>Ulica</i>						8K. <i>Numer domu/mieszkania</i>				8L. <i>Kod pocztowy i miejscowość</i>				

## II. 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) świadczoniodawcy	<b>MEDART ALICJA ZIELIŃSKA SP.KOMANDYTOWA</b>
9B. Adres siedziby świadczoniodawcy	<b>MOKRA 39/U3, 03-562 WARSZAWA</b>

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup> | <input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup> |
|--|---|---|

11. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> 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</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność   |

## 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:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej
---

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup> | <input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup> |
|--|---|---|

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

14. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> 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</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> 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