

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

Załącznik nr 1

WZÓR

**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 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	
<p>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:</p>	
<p>9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy</p>	
<p>9B. Adres siedziby świadczeniodawcy</p>	
<p>10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾</p>	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
<p>11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>	
<p><input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <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 <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p><input type="checkbox"/> inna okoliczność</p>	
III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	
<p>12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾</p>	
<p>Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej</p>	
<p>13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾</p>	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
<p>14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>	
<p><input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <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 <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p><input type="checkbox"/> inna okoliczność</p>	
<p>..... (data)</p>	<p>..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾</p>