Załączniki 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 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* | | | | | | | | | | | | | | 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* | | **Centrum Usług Medycznych Eskulap Sp. z o. o.** | | |  |
|  | 9B. *Adres siedziby*  *świadczeniodawcy* | | **ul. Kletówki 52, 38-400 Krosno** | | |  |
| **10.** W bieżącym roku kalendarzowym 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 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 | | | | |  |
| **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* | **Barbara Winiarska** | | | |  |
| **13.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2) | | | | | | |
|  | □ po raz pierwszy lub po raz drugi | | | | □ po raz trzeci i kolejny3) |  |
| **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 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.