

**Deklaracja wyboru Świadczeniodawcy**  
udzielającego świadczeń z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
oraz **Lekarza** Podstawowej Opieki Zdrowotnej

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>											
<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>					
<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>___</span> <span>___</span> <span>___</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>dzień</span> <span>miesiąc</span> <span>rok</span> </div>						<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span><span> </span> </div>					
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>											
<b>5A. Ulica</b>				<b>5B. Nr domu / mieszkania</b>				<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>			
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>											
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>											
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>1)</sup>)</b>											
<b>8A. Imię</b>				<b>8B. Nazwisko</b>				<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>			
<b>Adres miejsca zamieszkania</b>											
<b>8D. Ulica</b>				<b>8E. Nr domu / mieszkania</b>				<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>			
<b>8G. Imię</b>				<b>8H. Nazwisko</b>				<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>			
<b>Adres miejsca zamieszkania</b>											
<b>8J. Ulica</b>				<b>8K. Nr domu / mieszkania</b>				<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>			
<b>II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY</b>											
<b>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) deklaruje wybór:</b>											
<b>9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy</b>						<b>9B. Adres siedziby świadczeniodawcy</b>					
<b>10. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></b>											
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi						<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>					
<b>11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</b>											
<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art 9. ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017r. 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)</li> </ul> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> 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:<sup>4)</sup>

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

**13.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>2)</sup> po raz pierwszy lub po raz drugi po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup>**14.** 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 2017r. 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<sup>5)</sup>**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.



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. Nr 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 <sup>1)</sup> )											
8A. Imię				8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)			
Adres miejsca zamieszkania											
8D. Ulica				8E. Nr domu / mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość			
8G. Imię				8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)			
Adres miejsca zamieszkania											
8J. Ulica				8K. Nr 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) deklaruje wybór:											
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy						9B. Adres siedziby świadczeniodawcy					
<b>NZOZ PIĘCZEWO MED</b> Aldona Pawłowska, Magdalena Szalas s.c. 10-691 Olsztyn, ul. Gębika 2A, tel. 89 527 57 10 Nr księgi rej. 0000000175217 kody resort. V-01, VII-001, VII-002, VII-003, VII-004, VIII-0032 NIP: 7393873868 REGON: 36120894 umowa NEZ Nr 14-GO-04159-15/001/01/POZ											
10. W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>											
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi						<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>					
11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci 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 2017r. 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul>											
<input type="checkbox"/> inna okoliczność											

### III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup>

Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup>

14. 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 2017r. o podstawowej opiece zdrowotnej:

- zmiana miejsca zamieszkania
- zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

inna okoliczność

.....  
data

.....  
podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego<sup>5)</sup>

#### OBJAŚNIENIA:

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub pielęgniarki 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, pielęgniarkę 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, pielęgniarkę 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.



## Oświadczenie - upoważnienie pacjenta - przedstawiciela ustawowego\*

miejsowość, data			
<b>PACJENT:</b>		<b>PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY:</b>	
nazwisko, imię		nazwisko, imię	
PESEL		PESEL	
adres		adres	
Realizując swoje prawa określone w ustawie z dn. 06.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) oraz wydanym na jej podstawie Rozp. Min. Zdr. z dn. 09.11.2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069) upoważniam*			
nazwisko, imię		PESEL (jeżeli jest znany)	
adres (jeżeli jest znany)		telefon (jeżeli jest znany)	

- 1) do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych\*
- 2) do uzyskiwania dokumentacji medycznej\*

pacjenta o danych osobowych  
jak wyżej z podmiotu leczniczego

**IZOZ HIECZEWO MED**  
Magdalena Szalas s.c.  
0-691 Olsztyn, ul. Gębika 2A, tel. 89 527 57 10  
Nr księgi rej. 0000000175217  
Lody resort. V-01, VII-001, VII-002, VII-003, VII-004, VIII-0032  
REGON: 361120894  
dane identyfikacyjne podmiotu leczniczego (pieczęć)

- \* a) od dnia ..... do dnia ..... (do dnia zgonu pacjenta)\*  
b) bezterminowo (także w przypadku zgonu pacjenta)\*  
c) wyłącznie w przypadku zgonu pacjenta\*

### Nie wyrażam zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej\*

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem poinformowany, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażana ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

\* niepotrzebne skreślić