

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 |                             |             |  |  |   |  |  |  |
| ___-__-____<br>dzień - miesiąc - rok  |  |  |              |   |                             |             |  |  |   |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania   |  |  |              |   |                             |             |  |  |   |  |  |  |
| 5A. Ulica   |  |  |              |   | 5B. Numer domu / mieszkania |             |  |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość              |  |  |  |
|   |  |  |              |   |                             |             |  |  |   |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br>(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<br>(pole nieobowiązkowe) |  |  |  |
|   |  |  |              |   |                             |             |  |  |   |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |              |   |                             |             |  |  |   |  |  |  |
| 8D. Ulica   |  |  |              |   | 8E. Numer domu/mieszkania   |             |  |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość              |  |  |  |
|   |  |  |              |   |                             |             |  |  |   |  |  |  |
| 8G. Imię  |  |  | 8H. Nazwisko |   |                             |             |  |  | 8I. Numer telefonu<br>(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: <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 kalendarzowym 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 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 kalendarzowym 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>                   |
| 14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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 |  |
| .....<br>(data)  | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup> |