

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
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/<br>mieszkania   |  |  | 5C. Kod pocztowy<br>i miejscowość |   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |   |  |  |                                   |   |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe)  |  |  |  |   |  |  |                                   |   |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail<br>(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/<br>mieszkania   |  |  | 8F. Kod pocztowy<br>i miejscowość |   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |   |  |  |                                   |   |  |  |  |  |
| 8G. Imię  |  |  |  | 8H. Nazwisko  |  |  |                                   | 8I. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |  |  |  |  |
|   |  |  |  |   |  |  |                                   |   |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |  |   |  |  |                                   |   |  |  |  |  |
| 8J. Ulica   |  |  |  | 8K. Numer domu/<br>mieszkania   |  |  | 8L. Kod pocztowy<br>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)<br>świadczeniodawcy   | SCANMED S.A.<br>ul. Stefana Okrzei 1A, 03-715 Warszawa                                      |
| 9B. Adres siedziby<br>świadczeniodawcy  | Centrum Medyczne Warszawa<br>Al. Niepodległości 107/109, 02-626 Warszawa, tel.: 801 462 988 |
| 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</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>4)</sup>   |   |
| Imię i nazwisko<br>położnej<br>podstawowej<br>opieki zdrowotnej   | BEATA LIS   |
| 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</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>            |

## **OBJAŚNIENIA:**

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