DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ[1)]

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

1. Imię	2. Nazwisko	3. Nazwisko rodowe
JAN	Kowalski	

4. Data urodzenia	5. Płeć	6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
_11 _ - - _11 _ - - _1975 _ dzień — miesiąc — rok	M/K	7 5 1 1 1 0 0 0 0 9 0

7. Adres miejsca zamieszkania

7A. *Ulica*	7B. *Numer domu/mieszkania*	7C. *Kod pocztowy i miejscowość*
POLNA	1/1	50-500 WROCŁAW

8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0	

9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)	jakk@gmail.com

10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona[1)])

10A. *Imię*	10B. *Nazwisko*	10C. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)*

Adres miejsca zamieszkania

10D. *Ulica*	10E. *Numer domu/mieszkania*	10F. *Kod pocztowy i miejscowość*

10G. *Imię*	10H. *Nazwisko*	10I. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)*

Adres miejsca zamieszkania

10J. *Ulica*	10K. *Numer domu/mieszkania*	10L. *Kod pocztowy i miejscowość*

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

11. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. *Nazwa (firma) świadczeniodawcy*	Fortmedica Medyczne Centrum Rodzinne
13B. *Adres siedziby świadczeniodawcy*	52-210 Wrocław, ul. Łubinowa 12/3

12. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[2)] **WPISAĆ „X" W KWADRAT PRZY PRAWIDŁOWEJ ODPOWIEDZI**

□ po raz pierwszy	□ po raz drugi	□ po raz trzeci i kolejny[3)]

13. 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 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 POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

14. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:[4)]

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	**PROSZĘ ZOSTAWIĆ PUSTE**

17. **W bieżącym roku** dokonuję wyboru:[2)] **WPISAĆ „X" W KWADRAT PRZY PRAWIDŁOWEJ ODPOWIEDZI**

□ po raz pierwszy	□ po raz drugi	□ po raz trzeci i kolejny[3)]

18. 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 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

……2025.09.12 …… (data)	**PODPIS ODRĘCZNY/ ELEKTRONICZNY** …… (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)[5)]

OBJAŚNIENIA:

1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.

2) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy.

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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną 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 elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.