

## WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEŃNIARKI  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię						2. Nazwisko						
ANNA						NOWAK						
3. Data urodzenia				4. Numer PESEL,aw przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość								
0_1_-0_1_-1_9_9_9				0	0	1	0	1	9	9	9	9
dzień _ miesiąc _ rok												
5. Adres miejsca zamieszkania												
5A. Ulica					5B. Numer domu / mieszkania			5C. Kod pocztowy i miejscowość				
WZOROWA					1/1			11-111 WZÓR				
6. Numer telefonu				6	6	6	9	9	9	3	3	3
(pole nieobowiązkowe)												
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)				ANN ANOWAK@WP.PL								
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. 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	JKmed Sp. z o.o.
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	84-200 WEJHEROWO, UL. O.SZCZUKOWSKIEJ 7

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

- |                                                                      |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input checked="" 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:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - o zmiana miejsca zamieszkania
  - o ~~wybranie~~ udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- 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	MAŁGORZATA SKŁADANEK (Reda) KAMILA SARBAK - BRYCHCY (Wejherowo)
---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

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

- |                                                                      |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input checked="" 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:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - o zmiana miejsca zamieszkania
  - o ~~wybranie~~ udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

01.03.2024 r.

(data)

*Anna Nowak*

(podpis świadczeniobiorcy lubprzedstawiciela 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). W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest
- 3) 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. 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). 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.
- 5)