

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

Każda kursantka Szkoły Rodzenia wybiera jedną z naszych położnych rodzinnych tzw. położną POZ

Jest to deklaracja, w której wybierasz tylko położną! \*

\* Ta deklaracja nie ma nic wspólnego z wyborem lekarza czy pielęgniarki POZ. Wybierasz tylko położną POZ.

Do deklaracji wpisz jedną z poniższych położnych.

**Nie ma znaczenia** którą położną wpiszesz, ponieważ jesteś pod opieką całej naszej przychodni

- **Radosława Opiela**
- **Małgorzata Kupiec**
- **Klaudia Dymnicka**

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
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> |  |                    |  |   |  |  |  |
| Dzień – miesiąc – rok   |  |  |  |  |  |                    |  |   |  |  |  |
| <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</b><br><i>(pole nieobowiązkowe)</i>  |  |  |  |  |  |                    |  |   |  |  |  |
| <b>7. Adres e-mail</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>   |  |  |  |  |  |                    |  |   |  |  |  |
| <b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b><br>(w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona 1)) |  |  |  |  |  |                    |  |   |  |  |  |
| <b>8A. Imię</b>   |  |  |  | <b>8B. Nazwisko</b>  |  |                    |  | <b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b> |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |                    |  |   |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |  |  |  |                    |  |   |  |  |  |
| <b>8D. Ulica</b>  |  |  |  | <b>8E. Numer 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> |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |                    |  |   |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |  |  |  |  |                    |  |   |  |  |  |
| <b>8J. Ulica</b>  |  |  |  | <b>8K. Numer domu/mieszkania</b>   |  |                    |  | <b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>           |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |                    |  |   |  |  |  |

## 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 2020r. poz. 172) deklaruję wybór:

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy  | <b>FAMILY MEDICINE Anna Bartkowska</b> |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | <b>Młynarska 6, 83-031 Cieplewo</b>    |

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2)

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny 3) |
|---|---|

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>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</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: 4)

|  |  |
|--|--|
| Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej |  |
|--|--|

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: 2)

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny 3) |
|---|---|

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>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li></ul> ..... |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność   |

|                 |   |
|-----------------|---|
| .....<br>(data) | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) 5) |
|-----------------|---|

## 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.

**Jak wypełnić deklarację?  
Instrukcja wypełniania poniżej**

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

| <b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>   |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |
|--|--|--|--|--|----------|--------------------|----------|--|----------|----------|----------|
| <b>1. Imię</b>   |  |  |  |  |          | <b>2. Nazwisko</b> |          |  |          |          |          |
| <i>Anna</i>  |  |  |  |  |          | <i>Nowak</i>       |          |  |          |          |          |
| <b>3. Data urodzenia</b>   |  |  |  | <b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b> |          |                    |          |  |          |          |          |
| <i>3 1-0 1- 2000</i><br>Dzień – miesiąc – rok  |  |  |  | <i>1</i>   | <i>1</i> | <i>1</i>           | <i>1</i> | <i>1</i>   | <i>1</i> | <i>1</i> | <i>1</i> |
| <b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>   |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |
| <b>5A. Ulica</b>   |  |  |  | <b>5B. Nr domu / mieszkania</b>  |          |                    |          | <b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>                  |          |          |          |
| <i>Pogodna</i>   |  |  |  | <i>3</i>   |          |                    |          | <i>80-800</i>  |          |          |          |
| <b>6. Numer telefonu</b><br><i>(pole nieobowiązkowe)</i>   |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |
| <b>7. Adres e-mail</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>  |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |
| <b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b><br><i>(w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona 1))</i> |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |
| <b>8A. Imię</b>  |  |  |  | <b>8B. Nazwisko</b>  |          |                    |          | <b>8C. Numer telefonu</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i> |          |          |          |
|  |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |
| <b>Adres miejsca zamieszkania</b>  |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |
| <b>8D. Ulica</b>   |  |  |  | <b>8E. Numer domu/mieszkania</b>   |          |                    |          | <b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>                  |          |          |          |
|  |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |
| <b>8G. Imię</b>  |  |  |  | <b>8H. Nazwisko</b>  |          |                    |          | <b>8I. Numer telefonu</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i> |          |          |          |
|  |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |
| <b>Adres miejsca zamieszkania</b>  |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |
| <b>8J. Ulica</b>   |  |  |  | <b>8K. Numer domu/mieszkania</b>   |          |                    |          | <b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>                  |          |          |          |
|  |  |  |  |  |          |                    |          |  |          |          |          |

## 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 2020r. poz. 172) deklaruję wybór:

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy  | <b>FAMILY MEDICINE Anna Bartkowska</b> |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | <b>Młynarska 6, 83-031 Ciepłewo</b>    |

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2)

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny 3) |
|---|---|

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:<br>o zmiana miejsca zamieszkania<br>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<br>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br>.....<br><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: 4)

|  |   |
|--|---|
| Imię i nazwisko<br>położnej podstawowej<br>opieki zdrowotnej | Nie ma znaczenia, którą położną wpiszesz, ponieważ jesteś pod opieką całej naszej przychodni. |
|--|---|

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: 2)

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny 3) |
|---|---|

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:<br>o zmiana miejsca zamieszkania<br>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<br>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br>.....<br><input type="checkbox"/> inna okoliczność |
|---|

01.12.2023

.....  
(data)

Anna Kowalska

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) 5)