

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

| 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:  |  |  |  |                            |  |   |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7A. Ulica   |  |  |  | 7B. Numer domu/mieszkania  |  |   |   | 7C. Kod pocztowy i miejscowość  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |                            |  |   |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu   |  |  |  |                            |  |   |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)   |  |  |  |                            |  |   |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> ) |  |  |  |                            |  |   |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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   |  |  |  |                            |  |   |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:    |  |  |  |                            |  |   |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13A. Nazwa świadczeniodawcy   |  |  | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO Danuta Chrzanowska- Skrzypczak, Renata Grabowska, Maria Nowak sp. j. |                            |  |   |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13B. Adres siedziby świadczeniodawcy  |  |  | Ul. Słowackiego 43, 60-521 Poznań  |                            |  |   |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**10. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>**

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

po raz kolejny<sup>4)</sup>

**11. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:**

1. 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)

.....  
2. 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>5)</sup>**

Imię i nazwisko  
lekarza podstawowej  
opieki zdrowotnej

**13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>**

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

po raz kolejny<sup>4)</sup>

**14. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:**

1. 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)

.....  
2. inna okoliczność

.....  
(data)

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

.....  
(podpis lekarza przyjmującego deklarację wyboru)

.....  
(podpis pracownika rejestracji przyjmującego deklarację)