



## Інструкція заповнення

### Декларація про вибір постачальника послуг, що надає первинну медичну допомогу, та лікаря первинної ланки

#### I. ДАНІ ОДЕРЖУВАЧА

В цьому пункті впишіть свої дані

1. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY		
1. Imię / Ім'я	2. Nazwisko / Прізвище	
3. Data urodzenia / Дата народження -- -- -- -- dzień - miesiąc - rok	4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
5. Adres miejsca zamieszkania / Адреса проживання	5A. Ulica / Вулиця	
	5B. Numer domu / mieszkania / Номер будинку/квартири	5C. Kod pocztowy i miejscowość / Поштовий індекс та місто
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) / Номер телефону (не обов'язково)		
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe) / Електронна пошта (не обов'язково)		
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> )		
8A. Imię / Ім'я	8B. Nazwisko / Прізвище	8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) / Номер телефону (не обов'язково)
Adres miejsca zamieszkania / Адреса проживання		
8D. Ulica / Вулиця	8E. Numer domu / mieszkania / Номер будинку/квартири	8F. Kod pocztowy i miejscowość / Поштовий індекс та місто
Adres miejsca zamieszkania		
8G. Imię / Ім'я	8H. Nazwisko / Прізвище	8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) / Номер телефону (не обов'язково)
Adres miejsca zamieszkania		
8J. Ulica / Вулиця	8K. Numer domu / mieszkania / Номер будинку/квартири	8L. Kod pocztowy i miejscowość / Поштовий індекс та місто

#### 4. Номер PESEL

це одинадцатизначний цифровий код, який використовується для ідентифікації фізичних осіб. Якщо у Вас такого немає, впишіть серію та номер паспорта.

#### 8. Дані законного представника

якщо одержувач неповнолітній або повністю недієздатний

## II. ДАНІ ПОСТАЧАЛЬНИКА ПОСЛУГ

В цьому пункті впишіть назву та адресу нашого медичного центру

## 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	/ Назва постачальника (компанія)
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	/ Адреса офісу постачальника

9. На підставі Закону «Про первинну медичну допомогу», я заявляю про вибір

10. У цьому календарному році я роблю вибір:\*

- перший раз або другий раз  
 втретє чи більше

\*Пам'ятайте, що ви можете безкоштовно змінити постачальника послуг або лікаря не більше двох разів протягом календарного року.

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

- po raz pierwszy lub po raz drugi       po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup>

11. Якщо в цьому календарному році Ви змінюєте лікаря/постачальника втретє чи більше разів, вкажіть, що стало причиною

- обставина, зазначена у ст. 9 абзац 5 Закону «Про первинну медичну допомогу» від 27 жовтня 2017 року:
- зміна місця проживання
  - обраний постачальник послуг припинив надавати послуги/лікар припинив надавати послуги у обраного постачальника
  - одержувач досяг віку 18 років, а лікар первинної ланки має спеціалізацію 1 або 2 ступені або є педіатром
  - з інших причин з боку постачальника послуг (вказіть причину)
- інше

## III. ДАНІ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ

В цьому пункті впишіть дані обраного Вами лікаря

## 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>4)</sup>

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
---	--

12. На підставі Закону «Про первинну медичну допомогу», я заявляю про вибір:

Ім'я та прізвище лікаря первинної ланки

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

- po raz pierwszy lub po raz drugi       po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup>

13. У цьому календарному році я роблю вибір:\*

- перший раз або другий раз  
 втретє чи більше

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:
- 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

\*Пам'ятайте, що ви можете безкоштовно змінити постачальника послуг або лікаря не більше двох разів протягом календарного року.

14. Якщо в цьому календарному році Ви змінюєте лікаря/постачальника втретє чи більше разів, вкажіть, що стало причиною

- обставина, зазначена у ст. 9 абзац 5 Закону «Про первинну медичну допомогу» від 27 жовтня 2017 року:
- зміна місця проживання
  - обраний постачальник послуг припинив надавати послуги/лікар припинив надавати послуги у обраного постачальника
  - одержувач досяг віку 18 років, а лікар первинної ланки має спеціалізацію 1 або 2 ступені або є педіатром
  - з інших причин з боку постачальника послуг (вказіть причину)
- інше

..... (data)      ..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup>

..... дата	..... підпис одержувача або законного представника
---------------	--

## ПОЯСНЕННЯ:

1. Декларації, складені законними представниками від імені неповнолітніх після досягнення ними повноліття, залишаються чинними доти, доки не буде обраний інший лікар первинної медичної допомоги. У випадку, якщо лікар має спеціалізацію 1 або 2 ступені або є спеціалістом в галузі педіатрії, декларації залишатимуться чинними доти, доки не буде обраний інший лікар первинної ланки або не буде обраний новий постачальник медичних послуг
2. Пацієнт має право безплатно обрати чи змінити постачальника послуг або лікаря первинної ланки не більше двох разів протягом календарного року, а за кожну наступну зміну пацієнт сплачує збір у розмірі 80 злотих. Пацієнт не сплачує збору у випадку, коли:
  - пацієнт змінив місце проживання;
  - обраний постачальник припинив надавати послуги;
  - лікар первинної ланки припинив надання в обраного постачальника послуг;
  - пацієнт, чий лікар первинної ланки має спеціалізацію 1 або 2 або є педіатром, досяг 18 років
  - інша причина, що виникла зі сторони постачальника медичних послуг (стаття 9 абзац 4 та 5 Закону «Про первинну медичну допомогу» від 27 жовтня 2017 р.).
3. Якщо ви змінюєте лікаря чи постачальника послуг третій чи більше разів, вкажіть чи причиною зміни є обставина, зазначена в статті Закону «Про первинну медичну допомогу» від 27 жовтня 2017 року, а тобто:
  - зміна місця проживання одержувача;
  - припинення надання медичних послуг обраним постачальником медичної допомоги чи
  - припинення надання медичних послуг лікарем первинної ланки;
  - зміна лікаря первинної ланки коли пацієнт, чий лікар первинної ланки має спеціалізацію 1 або 2 або є педіатром, досяг 18 років;
  - інша причина, що виникла зі сторони постачальника медичних послуг.
4. Одержувач може обрати лікаря первинної ланки, медсестру або акушерку у того самого постачальником послуг, у різних постачальників послуг або у майбутнього постачальника послуг (стаття 9, абзац 3 Закону «Про первинну медичну допомогу» від 27 жовтня 2017 року).
5. Заповнюється у разі подання декларації у паперовій або електронній формі, згаданих у статті 10 абзац 1, пункт 1 або 2 Закону «Про первинну медичну допомогу» від 27 жовтня 2017 року.

## OBJAŚNIENIA:

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub 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 (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, lekarza 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 połączoną 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.