

DOKUMENTACJA GABINETU LEKARZA POZ

**wzory pism
komentarz i orzecznictwo**

Ewa Mazur-Pawłowska

**EDYTOWALNE WZORY DOSTĘPNE
NA STRONIE INTERNETOWEJ**

DOKUMENTACJA GABINETU LEKARZA POZ

**wzory pism
komentarz i orzecznictwo**

Ewa Mazur-Pawłowska

Materiały uzupełniające na stronie
www.dokumentacja-gabinetu-lekarza-poz.wolterskluwer.pl
będą dostępne do 30 czerwca 2024 r.

W razie problemów
ze znalezieniem zdrapki
z kodem aktywacyjnym
prosimy o kontakt
tel. 801 04 45 45

Stan prawny na 1 czerwca 2022 r.

Wydawca
Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący
Paulina Ambroży

Opracowanie redakcyjne
JustLuk

Projekt okładek serii
Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

prawolubni

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujemy prawo i własność
Więcej na www.legalnakultura.pl
Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2022

ISBN 978-83-8286-548-6

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przykopowa 33
tel. 728 313 462
e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Z wdzięcznością
za pomoc, sugestie i cierpliwość
dla Kamili Pietrzak,
lekarza specjalisty medycyny rodzinnej

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	13
WPROWADZENIE	15
1. Podstawowa opieka zdrowotna	15
2. Kwalifikacje lekarza POZ	16
3. Kwalifikacje pielęgniarki POZ	17
4. Kwalifikacje położnej POZ	17
5. Deklaracja wyboru	18
Wzory do Wprowadzenia	21
1. Deklaracja wyboru lekarza	23
2. Deklaracja wyboru pielęgniarki	26
3. Deklaracja wyboru położnej	29
Rozdział 1. Działalność lecznicza	33
1. Działalność lecznicza a obowiązki	33
2. Odpady medyczne	34
3. Sprawozdania statystyczne	34
4. Teleporady	36
5. Warunki lokalowe prowadzenia działalności leczniczej	38
6. Różnice pomiędzy praktyką a podmiotem leczniczym	40
Wzory do rozdziału 1	43
4. MZ-6	45
5. MZ-11	48
6. MZ-24	56
7. MZ-88	57
8. MZ-89	60
9. ZD-3	69
10. Brak możliwości oceny stanu zdrowia pacjenta	74
11. Odmowa wystawienia e-recepty	75

12. Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach teleporady	76
13. Nieodbycie się teleporady	77
Rozdział 2. Dokumentacja medyczna	78
1. Uwagi ogólne	78
2. Dokumentacja zbiorcza	84
3. Księga przyjęć	84
4. Księga pracowni diagnostycznej	84
5. Księga zabiegów	85
6. Dokumentacja indywidualna	85
7. Książeczka zdrowia dziecka	88
8. Skierowanie	88
9. Historia zdrowia i choroby	89
Wzory do rozdziału 2	91
14. Księga przyjęć	93
15. Księga pracowni diagnostycznej	94
16. Księga zabiegów	95
17. Książeczka zdrowia dziecka	96
18. Skierowanie	98
Rozdział 3. Dokumentacja administracyjna	99
1. Regulamin organizacyjny	99
2. Kontrole wewnętrzne	100
3. Raport o bezpieczeństwie i higienie pracy (wyłącznie podmioty lecznicze)	101
4. Prawa pacjenta	101
5. Informacja dotycząca monitoringu	102
6. Informacja dotycząca zakazu palenia	103
7. Cennik	103
Wzory do rozdziału 3	105
19. Regulamin organizacyjny (dla podmiotów mających kontrakt z NFZ)	107
20. Procedura przeprowadzania kontroli wewnętrznej	112
21. Protokół kontroli wewnętrznej	114
22. Raport o bezpieczeństwie i higienie pracy	117
23. Wybrane prawa pacjenta	119
24. Informacja o monitoringu dla pracowników	122
Rozdział 4. Procedury sanitarne i sterylizacyjne	123
1. Zagadnienia wstępne	123
2. Procedury sanitarne	123
3. Procedury sterylizacyjne	124

4. Zasady pakowania pakietów	125
5. Czy można prać ubrania robocze w domu?	125
6. Potwierdzenie zapoznania się z procedurami	126
Wzory do rozdziału 4	127
25. Plan higieny	129
26. Procedura dezynfekcji i mycia narzędzi oraz sprzętu medycznego wielokrotnego użytku	133
27. Procedura dezynfekcji małych i trudno dostępnych powierzchni	135
28. Procedura dezynfekcji powierzchni skażonych materiałem organicznym	137
29. Procedura higienicznego mycia i pielęgnacji rąk	139
30. Procedura higienicznej dezynfekcji rąk	141
31. Środki używane do dezynfekcji	143
32. Procedura otwierania opakowań sterylnych	144
33. Procedura pakowania materiałów w opakowania papierowo-foliowe	146
34. Procedura przechowywania materiału i narzędzi po sterylizacji	148
35. Procedura dotycząca podstawowych zasad sterylizacji	149
36. Procedura transportu narzędzi do sterylizacji	153
37. Potwierdzenie zapoznania się z procedurami sterylizacyjnymi	154
38. Procedura prania brudnej bielizny	155
39. Potwierdzenie zapoznania się z procedurami sanitarnymi	157
Rozdział 5. Procedury dotyczące odpadów medycznych	158
1. Uwagi wprowadzające	158
2. Odpady niebezpieczne	158
3. Właściwości powodujące, że odpady są niebezpieczne	159
4. Składniki, które mogą powodować, że odpady są odpadami niebezpiecznymi	159
5. Zbieranie – magazynowanie	159
6. Umowa z podmiotem odbierającym odpady medyczne	160
7. Odpowiedzialność wytwórcy	160
8. Karta przekazania odpadów	161
9. Potwierdzenie unieszkodliwienia odpadów	162
10. Przechowywanie i udostępnianie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie	162
11. Ewidencja odpadów	163
12. Zbiorcze zestawienie o odpadach	164
13. Postępowanie z odpadami medycznymi	164
14. Podział odpadów i sposób segregacji	164
15. Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach	166
16. Czas przechowywania odpadów medycznych	166
17. Oznakowanie worka i pojemników	166

18. Miejsce magazynowania: temperatury i czas przechowywania	167
19. Urządzenia chłodnicze stacjonarne i przenośne	167
20. Procedury dotyczące odpadów medycznych	169
20.1. Procedura postępowania z odpadami medycznymi	169
20.2. Procedura mycia i dezynfekcji lodówki	169
20.3. Procedura transportu wewnętrznego odpadów medycznych	169
20.4. Instrukcja kontroli temperatury w urządzeniu chłodniczym	170
Wzory do rozdziału 5	171
40. Biologiczne czynniki chorobotwórcze	173
41. Procedura postępowania z odpadami medycznymi	175
42. Procedura mycia i dezynfekcji lodówek	179
43. Procedura transportowania odpadów medycznych	181
44. Instrukcja kontroli temperatury w urządzeniu chłodniczym	183
45. Potwierdzenie zapoznania się z procedurami w zakresie odpadów medycznych	184
Rozdział 6. Zranienie w gabinecie	185
1. Procedury zranień	185
2. Na kim ciąży obowiązek sporządzenia procedur zranień?	186
3. Zakres procedur	186
4. Forma sporządzenia procedur	187
5. Aktualizacja procedur	187
6. O czym pracodawca ma informować pracowników?	188
7. Procedury zapobiegania zakażeniom	188
7.1. Procedura zapobiegania zakażeniom w wyniku zranień ostrymi narzędziami	188
7.2. Procedura zastosowania środków ochrony indywidualnej	189
7.3. Procedura poekspozycyjna	189
7.4. Indywidualna karta ekspozycji	190
8. Kiedy dochodzi do ekspozycji?	191
9. Znane źródło potencjalnego zakażenia	191
10. Nieznane źródło potencjalnego zakażenia	191
11. Rejestr zranień	192
12. Procedura używania środków chemicznych	192
13. Procedura postępowania z ostrymi narzędziami	193
14. Raport zranień	193
Wzory do rozdziału 6	195
46. Procedura zapobiegania zakażeniom w wyniku zranień ostrymi narzędziami	197
47. Procedura zastosowania środków ochrony indywidualnej	202
48. Procedura poekspozycyjna	206

49. Indywidualna karta ekspozycji	209
50. Rejestr zranień	211
51. Procedura używania środków chemicznych	212
52. Procedura postępowania z ostrymi narzędziami	215
53. Raport o bezpieczeństwie i higienie pracy	218
54. Potwierdzenie zapoznania się z procedurami zranień	220
55. ZLK-1	221
56. Instrukcja postępowania w przypadku zranienia	223
57. Instrukcja postępowania po ekspozycji błon śluzowych	224
58. Instrukcja postępowania po ekspozycji oka	225
Rozdział 7. Szkodliwe czynniki biologiczne	226
1. Uwagi wprowadzające	226
1.1. Klasyfikacja i wykaz szkodliwych czynników biologicznych	226
1.2. Procedura określająca szczegółowe warunki ochrony pracowników przed zagrożeniami spowodowanymi przez czynniki biologiczne	227
1.3. Rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3	227
1.4. Rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3	228
2. Kto ma dostęp do rejestrów?	228
3. Co należy zrobić, gdy u pracownika rozpoznano chorobę, która może być skutkiem narażenia na działanie szkodliwego czynnika biologicznego?	229
Wzory do rozdziału 7	231
59. Klasyfikacja i wykaz szkodliwych czynników biologicznych	233
60. Procedura określająca szczegółowe warunki ochrony pracowników przed zagrożeniami spowodowanymi przez czynniki biologiczne	236
61. Rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3	239
62. Rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3	240
63. Potwierdzenie zapoznania się z procedurami dotyczącymi zagrożeń biologicznych	242
Rozdział 8. RODO	243
1. Obowiązek informacyjny	243
2. Jak przekazać informacje pacjentowi?	245
3. Zgody na przetwarzanie danych	245

4. Zgody na przetwarzanie danych osobowych pacjenta w innych celach niż udzielanie świadczeń leczniczych	246
5. Weryfikacja pacjenta	247
6. Dokumentacja pacjenta	248
7. Sposób przechowywania	249
8. Elementy konieczne do ważności i skuteczności czynności	249
9. Dokumentacja leczenia nieletniego	249
10. Opiekun faktyczny	250
Wzory do rozdziału 8	257
64. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu lub braku upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych	259
65. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu lub braku upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji	260
66. Informacja o prawach pacjenta	261
67. Oświadczenie rodzica	264
68. Oświadczenie opiekuna prawnego	265
Rozdział 9. Udostępnianie dokumentacji	266
1. Uwagi ogólne	266
2. Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej	268
3. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej	269
4. Przyjęcie wniosku o wydanie dokumentacji	269
5. Przygotowanie dokumentacji	270
6. Rejestr wydanej dokumentacji medycznej	271
Wzory do rozdziału 9	277
69. Udostępnienie dokumentacji medycznej	279
70. Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej	280
71. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej	281
72. Rejestr udostępnienia dokumentacji medycznej	283
73. Upoważnienie	284

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- | | |
|----------|--|
| k.r.o. | – ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1359) |
| r.b.h.p. | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.06.2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz.U. poz. 696) |
| RODO | – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE L 119, s. 1, ze zm.) |
| r.w.d.m. | – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 666 ze zm.) |
| u.d.l. | – ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 633) |
| u.o. | – ustawa z 14.12.2012 r. o odpadach (Dz.U. z 2022 r. poz. 699) |
| u.POZ | – ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1050 ze zm.) |
| u.p.p. | – ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.) |
| u.s.i.o. | – ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2021 r. poz. 666 ze zm.) |
| u.ś.o.z. | – ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.) |
| u.z.z. | – ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2021 r. poz. 2069 ze zm.) |

Inne

BDO	– baza danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami
EDM	– elektroniczna dokumentacja medyczna
KEO	– karta ewidencji odpadów
KPO	– karty przekazania odpadów
POZ	– podstawowa opieka zdrowotna
SIM	– System Informacji Medycznej

WPROWADZENIE

1. Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowym aktem prawnym regulującym podstawową opiekę zdrowotną jest ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej. Ustawa określa cele i organizację podstawowej opieki zdrowotnej oraz zasady zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej następuje na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest częścią systemu opieki zdrowotnej. Zapewnia ona wszystkim osobom uprawnionym świadczenia opieki zdrowotnej, które mają charakter kompleksowy. Są to świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyki, świadczenia lecznicze, pielęgnacyjne oraz rehabilitacyjne.

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu pacjenta. Jej celem jest:

- 1) zapewnienie opieki zdrowotnej nad pacjentem i jego rodziną;
- 2) koordynacja opieki zdrowotnej nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia;
- 3) ocena potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- 4) rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- 5) zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- 6) zapewnienie edukacji pacjentom w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Koordynację zapewnia lekarz POZ, we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ.

Lekarz POZ koordynuje proces leczenia, jak również podejmuje decyzję o wystawieniu skierowania do dalszych specjalistów, aby jak najlepiej rozwiązać występujący problem.

Pielęgniarka POZ edukuje pacjenta z zakresu chorób, które go dotyczą – jak postępować oraz co robić, aby nie chorować. Świadczy kompleksową pomoc pielęgniarską i wykonuje zalecenia lekarskie. Do jej zadań należy również m.in. wykonywanie zastrzyków, zmiana opatrunków, podawanie leków zleconych przez lekarza POZ czy zdejmowanie szwów.

Położna POZ świadczy kompleksową opiekę pielęgnacyjną i ginekologiczną dla kobiet w każdym wieku oraz noworodków do 2. miesiąca życia. Położna POZ nie sprawuje opieki tylko nad kobietami w ciąży lub po porodzie – do jej pacjentów zaliczają się również osoby po operacjach ginekologicznych oraz te, które potrzebują jej wyspecjalizowanej pomocy.

2. Kwalifikacje lekarza POZ

Lekarz POZ to lekarz, który:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- 2) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
- 3) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo
- 4) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii (lekarz ten może sprawować opiekę nad pacjentem wyłącznie do ukończenia przez pacjenta 18. roku życia (pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej))

– z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Kurs w dziedzinie medycyny rodzinnej organizuje instytut działający na podstawie ustawy z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2022 r. poz. 498) lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego prowadzonego na podstawie ramowego programu kursu określonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.05.2019 r. w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej (Dz.U. poz. 1017). Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy program kursu obejmujący założenia organizacyjno-programowe, plan nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności i treści nauczania oraz warunki ukończenia kursu, uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarzem POZ jest także lekarz:

- 1) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
- 2) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych

– udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed 31.12.2024 r., pod warunkiem ukończenia kursu z medycyny rodzinnej.

3. Kwalifikacje pielęgniarki POZ

Pielęgniarka POZ to pielęgniarka, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
 - 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 5) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa
- z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Pielęgniarką POZ jest także pielęgniarka, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
 - 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
 - 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
 - 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
- udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed 31.12.2024 r.

4. Kwalifikacje położnej POZ

Położna POZ to położna, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
 - 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 5) posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa
- z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód

u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Położną POZ jest także położna, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej – udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed 31.12.2024 r.

5. Deklaracja wyboru

Podstawą korzystania ze świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jest swobodny wybór przez pacjenta lekarza, pielęgniarki i położnej. Pacjent podejmuje decyzję w tym zakresie kierując się wyłącznie własnymi kryteriami i brak jest obecnie obowiązku zapisania się do lekarza w konkretnym określonym urzędowo regionie, rejonie czy okolicy.

Pacjent ma prawo wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dokonanie takiego wyboru przez pacjenta jest bezpłatne. Nadto pacjent może nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym zmieniać swój wybór w tym zakresie bezpłatnie. Dopiero w przypadku kolejnej zmiany musi dokonać opłaty w wysokości 80 zł. Takiej opłaty nie poniesie pacjent:

- 1) który zmienił swoje miejsce zamieszkania;
- 2) w sytuacji, gdy kolejny wybór jest podyktowany zaprzestaniem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza, pielęgniarkę lub położną, lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

Należy pamiętać, iż skorzystanie z prawa wyboru przez pacjenta nie wiąże go w zakresie podmiotu udzielającego świadczeń medycznych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Wybór pacjent potwierdza oświadczeniem woli, tzw. deklaracją wyboru:

- 1) w postaci papierowej;
- 2) w postaci elektronicznej, złożone za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym;
- 3) złożone za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta.

Podmiot udzielający świadczeń leczniczych przechowuje deklaracje wyboru w swojej siedzibie albo w miejscu udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zapewniając ich dostępność pacjentom, którzy je złożyli, z zachowaniem wymagań wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych. W przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ w wybranym podmiocie udzielających świadczeń leczniczych deklaracje wyboru zachowują ważność w zakresie wyboru tego podmiotu do czasu wyboru innego lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, lub wyboru nowego podmiotu udzielającego świadczeń leczniczych.

→ Wzór 1. Deklaracja wyboru lekarza

→ Wzór 2. Deklaracja wyboru pielęgniarki

→ Wzór 3. Deklaracja wyboru położnej

WZORY DO WPROWADZENIA

1. DEKLARACJA WYBORU LEKARZA

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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									
--- --- --- --- --- --- --- --- ---				--- --- --- --- --- --- --- --- --- --- --- ---									
dzień - miesiąc - rok													
5. Adres miejsca zamieszkania													
5A. Ulica						5B. Numer domu / mieszkania				5C. Kod pocztowy i miejscowość			
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)													
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)													
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)													
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	
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	
10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: ²⁾	
☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ 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:	
☐ 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 LEKARZA 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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: ²⁾	
☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ 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:	
☐ 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	
..... (data)	 (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 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 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.

2. DEKLARACJA WYBORU PIELĘGNIARKI

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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								
-- -- -- -- -- dzień - miesiąc - rok												
5. Adres miejsca zamieszkania												
5A. Ulica						5B. Numer domu / mieszkania			5C. Kod pocztowy i miejscowość			
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)												
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	
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ 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:

☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: - o zmiana miejsca zamieszkania - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę 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:⁴⁾

Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	
---	--

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ 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:

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

..... (data)	 (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 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).
- 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, pielęgniarkę 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.

3. DEKLARACJA WYBORU POŁOŻNEJ

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

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											
____-____-____ dzień - miesiąc - rok															
5. Adres miejsca zamieszkania															
5A. Ulica						5B. Numer domu / mieszkania				5C. Kod pocztowy i miejscowość					
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)															
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)															
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)															
8A. Imię				8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
Adres miejsca zamieszkania															
8D. Ulica						8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość					
Adres miejsca zamieszkania															
8G. Imię				8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
Adres miejsca zamieszkania															
8J. Ulica						8K. Numer domu/mieszkania				8L. Kod pocztowy i miejscowość					