

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

### I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

1. Imię		2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe			
4. Data urodzenia Dzień – miesiąc –rok _ _ - _ _ - _ _		5. Płeć <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> K		6. Numer PESEL, o ile został nadany					
7. Adres zamieszkania		Ulica		Numer domu/mieszkania		Kod pocztowy i miejscowość			
8. Numer telefonu									
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów									
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego <sup>1)</sup>						11. Kod oddziału wojewódzkiego NFZ			
..... data						..... podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego			

### II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:

.....  
dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń

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

po raz pierwszy     po raz drugi     po raz trzeci     po raz kolejny

.....  
data

.....  
podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego

### III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:<sup>3)</sup>

.....  
imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  
.....  
.....

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

po raz pierwszy     po raz drugi     po raz trzeci     po raz kolejny

.....  
data

.....  
podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego

.....  
podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru

#### Objaśnienia:

- <sup>1)</sup> Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- <sup>2)</sup> Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż trzy 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, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- <sup>3)</sup> Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).