

## Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY														
1. Imię	2. Nazwisko					3. Nazwisko rodowe								
4. Data urodzenia	5. Płeć		6. Numer PESEL, o ile został nadany											
Dzień-miesiąc-rok	M/K													
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 Narodowego Funduszu Zdrowia				
..... (data) <span style="margin-left: 300px;">(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</span>														

### 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 deklaruję 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 PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

.....  
(imię i nazwisko pielęgniarstwa 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, pielęgniarstwa i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszącej 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, pielęgniarstwo 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, pielęgniarstwo 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).