# 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 | 5. Płeć | 6. Numer PESEL, o ile został nadany |
|---|---|---|
| Dzień – miesiąc –rok<br>_ _ - _ _ - _ _ _ _ | 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[1)] | | | | | | | | | | | | 11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | |

.....  .....

(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 deklaruję wybór:

.....

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

.....

.....

W bieżącym roku dokonuję wyboru:[2)]

☐ 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 deklaruję wybór:[3)]

.....

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

.....

W bieżącym roku dokonuję wyboru:[2)]

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

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Objaśnienia:

[1)] 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.

[2)] 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).

[3)] 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).