

**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			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				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>.....</div> <div>.....</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>(data)</div> <div>(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</div> </div>														

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).