

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
ORAZ PIELEŃNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY  |  |  |                       |  |                                     |  |                            |  |   |  |  |  |
|--|--|--|-----------------------|--|-------------------------------------|--|----------------------------|--|---|--|--|--|
| 1. Imię  |  |  | 2. Nazwisko           |  |                                     |  | 3. Nazwisko rodowe         |  |   |  |  |  |
| 4. Data urodzenia<br>Dzień – miesiąc – rok   |  |  | 5. Płeć<br>M/K        |  | 6. Numer PESEL, o ile został nadany |  |                            |  |   |  |  |  |
| 7. Adres zamieszkania<br>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<br>Narodowego Funduszu Zdrowia |  |  |  |
|  |  |  |                       |  |                                     |  |                            |  |   |  |  |  |
| <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(data) <span style="margin-left: 200px;">(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</span></p> |  |  |                       |  |                                     |  |                            |  |   |  |  |  |

**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 PIELĘGNIARKI 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 pielęgniarki 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).