

**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							
JAN			KOWALSKI											
4. Data urodzenia			5. Płeć	6. Numer PESEL, o ile został nadany										
Dzień – miesiąc – rok 17-02-1954			M/K M	5		4	0	2	1	4	0	0	0	0
7. Adres zamieszkania														
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość						
NIEPODLEGŁOŚCI				3A				83-110 TCZEW						
8. Numer telefonu														
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów														
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego ¹⁾														
11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia														
1 1														
29.05.2012 r.						v Kowalski Jan								
(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:²⁾

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

29.05.2012 r.
.....
(data)

v Kowalski Jan
.....
(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⁾

PRZYKŁADOWO : ANDRZEJ KOWALCZYK

(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

29.05.2012r.

(data)

v Kowalski Jan

(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).