

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ PIEŁĘGNIARKI 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 7 0 0 0 0 0							
7. Adres zamieszkania												
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
NIEPODLEGŁOŚCI				3A				83-110 TCZEŃ				
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						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
.....
(data)

.....
v Kowalski Jan
.....
(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 deklaruje wybór:³⁾

.....
(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

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

29.05.2012

(data)

✓ 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).