

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ 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 <sup>1</sup>								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:<sup>2</sup>

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

.....  
(data)

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

### III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej 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)

<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).