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 Dzień – miesiąc – rok	5. Płeć M/K	6. Numer PESEL, o ile został nadany

7. Adres zamieszkania		
Ulica	Nr domu	Kod pocztowy i miejscowość

8. Numer telefonu	
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów	

10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego[1)]	11. Kod oddziału NFZ

……. (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:

CM ŚW. ŁUKASZA SP. Z O.O. SP.K. KIEŁPINO
(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

83-307 KIEŁPINO, DŁUGA 36C

…….

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 28 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 do 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).