

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

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>																																													
1. Imię	2. Nazwisko						3. Nazwisko rodowe																																						
4. Data urodzenia Dzień – miesiąc – rok				5. Płeć M/K		6. Numer PESEL, o ile został nadany																																							
						<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>																																							
7. Adres zamieszkania																																													
Ulica				Nr domu				Kod pocztowy i miejscowość																																					
8. Numer telefonu			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>																																										
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów																																													
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego <sup>1)</sup>									11. Kod oddziału NFZ																																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>																															<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>														
<p>..... (data)</p>						<p>..... (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</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:

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:<sup>2)</sup>

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

.....  
(data)

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

### III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI 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:<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:

- 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).