

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

| <b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>  |  |  |  |                              |  |  |  |                                   |  |   |  |  |  |
|---|--|--|--|------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|--|---|--|--|--|
| <b>1. Imię</b>  |  |  |  | <b>2. Nazwisko</b>           |  |  |  | <b>3. Nazwisko rodowe</b>         |  |   |  |  |  |
| <b>4. Data urodzenia</b><br>Dzień – miesiąc – rok   |  |  |  | <b>5. Płeć</b><br>M/K        |  | <b>6. Numer PESEL, o ile został nadany</b> |  |                                   |  |   |  |  |  |
| <b>7. Adres zamieszkania</b>  |  |  |  |                              |  |  |  |                                   |  |   |  |  |  |
| <b>Ulica</b>  |  |  |  | <b>Numer domu/mieszkania</b> |  |  |  | <b>Kod pocztowy i miejscowość</b> |  |   |  |  |  |
| <b>8. Numer telefonu</b>  |  |  |  |                              |  |  |  |                                   |  |   |  |  |  |
| <b>9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów</b>   |  |  |  |                              |  |  |  |                                   |  |   |  |  |  |
| <b>10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego<sup>1)</sup></b>   |  |  |  |                              |  |  |  |                                   |  | <b>11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b> |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>.....<br/>(data)</span> <span>.....<br/>(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</span> </div> |  |  |  |                              |  |  |  |                                   |  |   |  |  |  |

**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:<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)

#### **Objaśnienia:**

<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 wnoszą 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).