

**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								
Jan			Kowalski				-----								
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, o ile został nadany										
Dzień – miesiąc – rok 01 - 01 - 2011			M/K		1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1
7. Adres zamieszkania															
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość							
Wesoła				2/3				63-000 Środa Wielkopolska							
8. Numer telefonu		5	5	5	4	4	4	3	3	3					
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów															
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego ¹⁾								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia							
								1 5 Wielkopolska							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>..... 01.02.2016</p> <p style="text-align: center;">(data)</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>..... <i>Kowalski</i></p> <p style="text-align: center;">(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</p> </div> </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 deklaruję wybór:

Piecątka Szpitala Średzkiego Sp. z o.o.

(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

Poradnia POZ

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

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

3 x w roku pacjent może bezpłatnie dokonać zmiany lekarza

..... 01.09.2016

(data)

..... *Kowalski*

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA 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⁾

Lek. Andrzej Pytel

.....
(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

.....01.09.2016.....

(data)

.....*Kowalski*.....

(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).