Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia …….. (poz. …..)

Załącznik nr 1

*WZÓR*

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** | | | | | | | **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 zdrowotnego1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **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: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 27 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 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).

Załącznik nr 2

*wzór*

Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej   
oraz pielęgniarki 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 zdrowotnego1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **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:2)

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

……………………………………….. ..………………………………………………………

(data) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

**III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI 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:3)

…………………………………………………………………………………………………………………………………(imię i nazwisko pielęgniarki 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 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).

Załącznik nr 3

*WZÓR*

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 zdrowotnego1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **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:2)

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:3)

…………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko położnej 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 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).