

**Deklaracja wyboru:**  
**lekarza podstawowej opieki zdrowotnej / pielęgniarzki podstawowej opieki zdrowotnej/**  
**położonej podstawowej opieki zdrowotnej <sup>1</sup>**

**Uwaga! Dokonujący wyboru nie ma obowiązku złożenia deklaracji na wszystkie trzy zakresy świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Może dokonać wyboru w zakresie, który go interesuje. Wybór dotyczy imiennie osób udzielających świadczeń ( tzn. lekarza, pielęgniarzki, położnej ) u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.**

**UWAGA: Deklarację należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami**

**I. Dane osobowe ( patrz instrukcja wypełniania deklaracji)**

**1. Dane osoby, dla której dokonywany jest wybór ( świadczeniobiorcy):**

**Kod Oddziału NFZ<sup>2</sup>**

(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej)

(Nazwisko)

(Imię/Imiona)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Nazwisko rodowe)

(Płeć: M/K)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

Adres zamieszkania

(Ulica)

(Nr domu/mieszkania)

(Kod pocztowy)

(Nazwa gminy)

(Telefon)

Adres do korespondencji (o ile jest inny niż adres zamieszkania)

(Ulica)

(Nr domu/mieszkania)

(Kod pocztowy)

(Miejscowość)

(Telefon)

(Nazwa gminy)

(Telefon)

**2. Dane osoby dokonującej wyboru dla świadczeniobiorcy:<sup>3</sup>**

(Nazwisko)

(Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

**II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:**

- Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez ..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w ..... przy ul. .... są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U.Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

### III. Deklaracja wyboru LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>4</sup>

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruję wybór:

[illegible]

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>5</sup> po raz pierwszy ☐ po raz drugi ☐ po raz kolejny ☐

3. Deklarację składam w: <sup>5</sup>      miejscu pełnienia służby      Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO) <sup>6</sup>

[illegible]

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

IV. Deklaracja wyboru PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>4</sup>

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruje wybór:

[illegible]

(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>5</sup> po raz pierwszy ☐ po raz drugi ☐ po raz kolejny ☐

3. Deklarację składam w: <sup>5</sup> \_\_\_\_\_ miejscu pełnienia służby \_\_\_\_\_ Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO) <sup>6</sup> \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

**V. Deklaracja wyboru POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>4</sup>**

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruje wybór:

[illegible]

(proszę wpisać nazwisko i imię położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>5</sup> po raz pierwszy ☐ po raz drugi ☐ po raz kolejny ☐

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

### Objaśnienia:

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> określając kod OW NFZ - należy podać kod Oddziału właściwego ze względu na siedzibę świadczeniodawcy

<sup>3</sup> wypełnić w przypadku gdy dane osobowe wyszczególnione w CZEŚCI I.1 są inne niż dane wymagane w CZEŚCI I.2

<sup>4</sup> wypełnić w przypadku dokonania wyboru.