

# Deklaracja wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

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

<b>I. Dane Świadczeniobiorcy lub osoby, dla której dokonuje się wyboru:</b>		<b>Kod Oddziału NFZ</b> <input type="text"/>
<input type="text"/> (Nazwisko)	<input type="text"/> (Imię)	<input type="text"/> (Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego)
<input type="text"/> (Nazwisko rodowe)	<input type="text"/> (Płeć: M/K)	<input type="text"/> (Nr ewidencyjny PESEL)
<input type="text"/> Adres stałego zameldowania	<input type="text"/> (Ulica)	<input type="text"/> (Nr domu/mieszkania)
<input type="text"/> (Kod pocztowy)	<input type="text"/> (Miejscowość)	<input type="text"/> (Telefon)
<input type="text"/> (Nazwa gminy)		
<input type="text"/> Adres zamieszkania (o ile adres stałego zameldowania jest inny)	<input type="text"/> (Ulica)	<input type="text"/> (Nr domu/mieszkania)
<input type="text"/> (Kod pocztowy)	<input type="text"/> (Miejscowość)	<input type="text"/> (Telefon)
<input type="text"/> (Nazwa gminy)		

## Mam prawo do świadczeń zdrowotnych z tytułu:

- A) podlegania obowiązkowi ubezpieczenia
- B) objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem
- C) bycia członkiem rodziny osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczającej się dobrowolnie.
- D) art. 13 ust. 1 ustawy (inni niż ubezpieczeni - dzieci do 18 r. życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu)
- E) art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy (inni niż ubezpieczeni - prawo do świadczeń na podstawie decyzji wójta/burmistrza/prezydenta gminy)
- F) podlegania przepisom o koordynacji. Nie jestem osobą wymienioną w art. 53 ust. 2 ustawy, tzn. nie posiadam formularza E 111, formularza E 112, poświadczenia wydanego na podstawie formularza E 123, EKUZ\* lub certyfikatu zastępczego.

## II. A) Jest to wybór pielęgniarki dokonywany w roku bieżącym:

po raz pierwszy  po raz drugi   
po raz kolejny

Wypełnić w przypadku osoby: będącej żołnierzem służby zasadniczej / kształcącej się poza miejscem stałego zamieszkania

## II. B) Deklarację składam w:

miejscu pełnienia służby  Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO)\*\*   
miejscu nauki  Uczeń  Student  rok szkolny/akademicki 200.../ 200...

## III. Oświadczenie o wyborze

Zgodnie z 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), deklaruję wybór:

(proszę wpisać nazwisko i imię pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

<input type="text"/> (Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)	<input type="text"/> (Pieczęć przychodni - miejsca udzielania świadczeń)
--	---

## IV. Deklaruję wybór:

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

## V. Dane świadczeniobiorcy, zgłaszającego członka rodziny:

(Nazwisko)

(Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

\* Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego

\*\* Powszechny Obowiązek Obrony

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianach, jakie następują w trakcie trwania ubezpieczenia.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/lem poinformowany 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 (Dz.U. Nr 210 poz. 2135), 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.

(Miejscowość, data)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

### Informacja dla wypełniającego deklarację wyboru

**Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210 poz. 2135) mają prawo osoby będące:**

**I. Ubezpieczonymi (art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy):**

A) podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, B) ubezpieczające się dobrowolnie, C) będące członkiem rodziny osoby należącej do dwóch poprzednich kategorii.

**II. Świadczeniobiorcami (osoby inne niż osoby ubezpieczone):**

D) które nie ukończyły 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu (art. 13 ust. 1 ustawy),

E) (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy) posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz. 593 i Nr 99, poz. 1001), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i zakresie określonych dla ubezpieczonych,

F) uprawnione do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji z wyjątkiem osób wymienionych w art. 53 ust. 2 ustawy, tzn. osób posiadających formularz E 111, formularz E 112, poświadczenie wydane na podstawie formularza E 123, EKUZ lub certyfikat zastępczy.

**Za członka rodziny uważa się następujące osoby (art. 5 pkt 3 ustawy):**

- 1) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- 2) małżonka,
- 3) wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zgodnie z artykułem 28 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz.U. Nr 210 poz. 2135) świadczeniobiorca ma prawo do wyboru: lekarza, pielęgniarki, położnej w podstawowej opiece zdrowotnej nie częściej **niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza/pielęgniarkę/położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych przyczyn niezależnych od woli świadczeniobiorcy.** Wyboru tego dokonuje się poprzez wypełnienie niniejszej deklaracji i złożenie w siedzibie świadczeniodawcy.

### Objaśnienie sposobu wypełniania deklaracji wyboru

Deklaracja stanowi dokument potwierdzający wybór **pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.**

**I.** W tej części deklaracji należy wpisać dane osoby deklarującej wybór: pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

W przypadku nie nadania osobie numeru PESEL należy wpisać numer NIP, a w przypadku jego braku rodzaj i numer dowodu tożsamości.

Dla ubezpieczonego cudzoziemca, przebywającego na terytorium RP na podstawie karty pobytu, któremu nie nadano numeru PESEL – rodzaj, serię i numer tej karty, a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, której nie nadano numeru PESEL – numer poświadczenia.

Kod Oddziału Wojewódzkiego NFZ – należy wpisać kod Oddziału NFZ, na terenie którego świadczeniobiorca dokonał wyboru.

Kody Oddziałów Wojewódzkich NFZ:

01 – Dolnośląski	06 – Małopolski	11 – Pomorski
02 – Kujawsko-Pomorski	07 – Mazowiecki	12 – Śląski
03 – Lubelski	08 – Opolski	13 – Świętokrzyski
04 – Lubuski	09 – Podkarpacki	14 – Warmińsko-Mazurski
05 – Łódzki	10 – Podlaski	15 – Wielkopolski
		16 – Zachodniopomorski

**II.** W tej części należy określić, po raz który w danym roku świadczeniobiorca dokonuje wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

**III.** W tej części deklaracji należy wpisać nazwisko i imię pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

**IV.** W tej części deklaracji należy złożyć podpis oraz wpisać datę zadeklarowania. Podpis świadczeniobiorcy składa osobiście osoba pełnoletnia lub opiekun prawny w imieniu niepełnoletnich dzieci, bądź innych osób, dla których ustanowiony został opiekun prawny.

**V.** Zgłoszenie niepełnoletniego członka rodziny osoby podlegającej ubezpieczeniu może dokonać wyłącznie osoba pełnoletnia. W tej części wpisane powinny być dane tej osoby.