

.....  
(miejsce na prezentatę – wypełnia wydział obsługujący Wojewódzką Komisję)

## WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

<b>CZĘŚĆ A.</b> Wypełnia pracownik wydziału obsługującego Wojewódzką Komisję do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie			
Data wpływu wniosku			Podpis osoby przyjmującej wniosek
<b>CZĘŚĆ B.</b> <b>DANE PACJENTA</b> Wypełnia podmiot składający wniosek			
1. IMIĘ		2. NAZWISKO	
3. DATA URODZENIA	____-____-____ Rok      m-c      dzień	3. PESEL	____-____-____-____-____-____
4. SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ			
<b>DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (jeżeli dotyczy)</b>			
5. IMIĘ		6. NAZWISKO	
<b>DANE WSZYSTKICH SPADKOBIERCÓW (jeśli dotyczy)</b>			
7. IMIĘ		8. NAZWISKO	
9. IMIĘ		10. NAZWISKO	
11. IMIĘ		12. NAZWISKO	
13. IMIĘ		14. NAZWISKO	
<b>WSKAZANIE SPADKOBIERCY REPREZENTUJĄCEGO POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW W POSTĘPOWANIU PRZED WOJEWÓDZKĄ KOMISJĄ (jeżeli dotyczy)</b>			
15. IMIĘ		16. NAZWISKO	

<b>DANE PEŁNOMOCNIKA (jeżeli dotyczy)</b>			
17. IMIĘ		18. NAZWISKO	
<b>ADRES DO DORECZEŃ</b>			
<input type="checkbox"/> wnioskodawca <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> spadkobierca reprezentujący innych spadkobierców <input type="checkbox"/> pełnomocnik /właściwe zaznaczyć /			
19. KRAJ		20. MIEJSCOWOŚĆ	
21. ULICA		22. NUMER DOMU I LOKALU	
23. KOD POCZTOWY		24. POCZTA	
25. TELEFON KONTAKTOWY			
<b>CZEŚĆ C.</b>			
<b>DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL</b>			
(Wypełnia podmiot składający wniosek)			
FIRMA			
<b>ADRES SIEDZIBY</b>			
26. KRAJ		27. MIEJSCOWOŚĆ	
28. ULICA		29. NUMER DOMU I LOKALU	
30. KOD POCZTOWY		31. POCZTA	
<b>ADRES SZPITALA (jeżeli dotyczy)</b>			
32. KRAJ		33. MIEJSCOWOŚĆ	
34. ULICA		35. NUMER DOMU I LOKALU	
36. KOD POCZTOWY		37. POCZTA	
<b>CZEŚĆ D.</b>			
<b>UZASADNIENIE WNIOSKU ZAWIERAJĄCE UPRAWDOPODOBNIENIE ZDARZENIA, KTÓREGO NASTĘPSTWEM BYŁO ZAKAŻENIE, USZKODZENIE CIAŁA, ROZSTRÓJ ZDROWIA ALBO ŚMIERĆ PACJENTA ORAZ SZKODY MAJĄTKOWEJ LUB NIEMAJĄTKOWEJ</b>			
<b><u>UWAGA! WNIOSEK NIE MOŻE DOTYCZYĆ ZDARZENIA SPRZED 1 STYCZNIA</u></b>			

**2012 ROKU!**

(Wypełnia podmiot składający wniosek)

**CZEŚĆ E.**

**PRZEDMIOT WNIOSKU** (właściwe należy zaznaczyć X)

(Wypełnia podmiot składający wniosek)

ZAKAŻENIE

USZKODZENIE CIAŁA

	ROZSTRÓJ ZDROWIA
	ŚMIERĆ
<b>CZĘŚĆ F.</b> <b>PROPOZYCJA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆUCZYNIENIA</b> (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
<b>UWAGA!</b> Proponowana wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż: 1) <b>100.000 zł</b> – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, 2) <b>300.000 zł</b> – w przypadku śmierci pacjenta	
<b>CZĘŚĆ G.</b> <b>ZAŁĄCZNIKI</b> (właściwe należy zaznaczyć X) (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
	dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku
	potwierdzenie uiszczenia opłaty od wniosku 200 zł
	postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku w przypadku śmierci pacjenta
	pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich
<b>CZĘŚĆ H.</b> (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>	
<b>PODPIS PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK</b>	

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam<sup>1)</sup>, że w związku z tym samym zdarzeniem:

- nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny;
- nie toczy się postępowanie karne w sprawie o przestępstwo;
- prawomocnie nie osądzono sprawy o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne,
- nie złożono wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w innym województwie

<sup>1)</sup> Właściwe należy zaznaczyć X

nie toczy się postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis podmiotu składającego wniosek

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych objętych wnioskiem, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Tekst jednolity - Dz U. z 2014 r. poz. 1182).

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis podmiotu składającego wniosek