

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

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

CZEŚĆ A. Wypełnia pracownik wydziału obsługującego Wojewódzką Komisję do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie			
Data wpływu wniosku		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
CZEŚĆ B. Wypełnia podmiot składający wniosek			
DANE PACJENTA			
IMIĘ		NAZWISKO	
DATA URODZENIA	----- Rok m-c dzień		
NUMER PESEL ALBO RODZAJ, SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ			
DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (jeżeli dotyczy)			
IMIĘ		NAZWISKO	
DANE WSZYSTKICH SPADKOBIERCÓW (jeżeli dotyczy)			
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
WSKAZANIE SPADKOBIERCY REPREZENTUJĄCEGO POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW W POSTĘPOWANIU PRZED WOJEWÓDZKĄ KOMISJĄ (jeżeli dotyczy)			
IMIĘ		NAZWISKO	

DANE PEŁNOMOCNIKA (jeżeli dotyczy)			
IMIĘ		NAZWISKO	
ADRES DO DORECZENIA /właściwie zaznaczyć /			
<input type="checkbox"/> wnioskodawca <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> spadkobierca reprezentujący innych spadkobierców <input type="checkbox"/> pełnomocnik			
KRAJ		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA		NUMER DOMU I LOKALU	
KOD POCZTOWY		POCZTA	
<input type="checkbox"/> TELEFON KONTAKTOWY*			
<input type="checkbox"/> ADRES E-MAIL *			
* Podanie tych danych jest dobrowolne i służy wyłącznie do skontaktowania się z Panem/Panią w sprawie postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie (np. zmiany terminu posiedzenia).			
CZĘŚĆ C. (Wypełnia podmiot składający wniosek)			
DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL			
NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO			
ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO			
KRAJ		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA		NUMER DOMU I LOKALU	
KOD POCZTOWY		POCZTA	
NAZWA I ADRES SZPITALA, W KTÓRYM DOSZŁO DO ZDARZENIA MEDYCZNEGO			
KRAJ		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA		NUMER DOMU I LOKALU	
KOD POCZTOWY		POCZTA	

CZĘŚĆ D. (Wypełnia podmiot składający wniosek)

UZASADNIENIE WNIOSKU ZAWIERAJĄCE UPRAWDOPODOBNIENIE ZDARZENIA, KTÓREGO NASTĘPSTWEM BYŁO ZAKAŻENIE, USZKODZENIE CIAŁA, ROZSTRÓJ ZDROWIA ALBO ŚMIERĆ PACJENTA ORAZ SZKODY MAJĄTKOWEJ LUB NIEMAJĄTKOWEJ

UWAGA! Wniosek według przepisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta może być złożony TYLKO wtedy, gdy od zdarzenia nie minęło więcej niż 3 lata, a od powzięcia informacji o zdarzeniu nie minął 1 rok.

TERMIN ZDARZENIA MEDYCZNEGO

*Proszę wskazać dokładną datę kiedy doszło do zdarzenia medycznego

— — — — - — — - — —
Rok m-c dzień

TERMIN ORAZ OKREŚLENIE W JAKI SPOSÓB , WNIOSKODAWCA DOWIEDZIAŁ SIĘ O ZDARZENIU

*Proszę wskazać dokładną datę

— — — — - — — - — —
Rok m-c dzień

UZASADNIENIE WNIOSKU:

CZEŚĆ E. (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
PRZEDMIOT WNIOSKU (właściwe należy zaznaczyć X)	
	ZAKAŻENIE
	USZKODZENIE CIAŁA
	ROZSTRÓJ ZDROWIA
	ŚMIERĆ
CZEŚĆ F. (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
PROPOZYCJA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆUCZYNIENIA	
<p>UWAGA!</p> <p>Proponowana łączna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż:</p> <p>1) 100.000 zł – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta,</p> <p>2) 300.000 zł – w przypadku śmierci pacjenta</p>	
CZEŚĆ G. (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
ZAŁĄCZNIKI (właściwe należy zaznaczyć X)	
	dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku: 1) 2) 3)
	potwierdzenie uiszczenia opłaty od wniosku w wys. 200 zł
	postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku lub akt poświadczenia dziedziczenia - w przypadku śmierci pacjenta
	pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich
	pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy – jeśli dotyczy
CZEŚĆ H. (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	
PODPIS PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSK	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam¹⁾, 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
- nie toczy się postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne

miejsowość, data

podpis podmiotu składającego wniosek

¹⁾ Właściwe należy zaznaczyć X