

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

## WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

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

<b>DANE PEŁNOMOCNIKA (jeżeli dotyczy)</b>			
IMIĘ		NAZWISKO	
<b>ADRES DO DORECZENIA /właściwie zaznaczyć /</b>			
<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).			
<b>CZĘŚĆ C. (Wypełnia podmiot składający wniosek)</b>			
<b>DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL</b>			
NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO			
<b>ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO</b>			
KRAJ		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA		NUMER DOMU I LOKALU	
KOD POCZTOWY		POCZTA	
<b>NAZWA I ADRES SZPITALA, W KTÓRYM DOSZŁO DO ZDARZENIA MEDYCZNEGO</b>			
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:**

<b>CZEŚĆ E.</b> (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
<b>PRZEDMIOT WNIOSKU</b> (właściwe należy zaznaczyć X)	
	ZAKAŻENIE
	USZKODZENIE CIAŁA
	ROZSTRÓJ ZDROWIA
	ŚMIERĆ
<b>CZEŚĆ F.</b> (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
<b>PROPOZYCJA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆUCZYNIENIA</b>	
<p><b>UWAGA!</b>  Proponowana łączna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>100.000 zł</b> – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta,</li> <li>2) <b>300.000 zł</b> – w przypadku śmierci pacjenta</li> </ol>	
<b>CZEŚĆ G.</b> (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
<b>ZAŁĄCZNIKI</b> (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
<b>CZEŚĆ H.</b> (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
<b>MIEJSCOWOŚĆ I DATA</b>	
<b>PODPIS PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSK</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
- nie toczy się postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne

---

miejsowość, data

---

podpis podmiotu składającego wniosek

---

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

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L.2016.119.1) uprzejmie informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych z siedzibą w Warszawie, pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa, można się z nim kontaktować w następujący sposób:
  - listownie na adres: pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa;
  - poprzez e-mail: zdarzeniamedyczne@mazowieckie.pl.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie. Kontakt:
  - listownie na adres: pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa;
  - poprzez elektroniczną skrzynkę podawczą urzędu ePUAP :/t6j4ljd68r/skrytka;
  - poprzez e-mail: iod@mazowieckie.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Administratora podczas realizacji czynności na podstawie art. 6, ust 1 lit. c RODO oraz zgodnie z przepisami określonymi w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2020 poz. 849).
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko instytucje uprawnione do tego na podstawie przepisów prawa lub podmioty, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych na podstawie zawartej umowy.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
- 6) Przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
  - prawo dostępu do swoich danych oraz uzyskania ich kopii;
  - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
  - prawo do usunięcia danych (jeżeli dane były pozyskane na podstawie wyrażenia zgody);
  - prawo do przenoszenia danych;
  - prawo do ograniczenia przetwarzania danych, przy czym odrębne przepisy mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa.

Aby skorzystać z powyższych praw należy skontaktować się z nami lub naszym inspektorem ochrony danych.

Posiada Pani/Pan również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzamy Pani/Pana dane niezgodnie z prawem.

- 7) Nie przetwarzamy Pani/Pana danych w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.
- 8) Nie przekazujemy Pani/Pana danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
- 9) Podanie danych osobowych jest niezbędne do podjęcia czynności przez Wojewódzką Komisję do Spraw o Zdarzeniach Medycznych.