

.....
(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! Proponowana łączna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 100.000 zł – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, 2) 300.000 zł – w przypadku śmierci pacjenta 	
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 WNIOSEK	

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

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 (w zakresie ustalenia, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa stanowiło zdarzenie medyczne),
- Wojewoda Mazowiecki (w zakresie obsługi obiegu oraz przechowywania dokumentacji spraw związanych z toczącymi się postępowaniami przed komisją),

można się z nim kontaktować w następujący sposób:

- drogą e-mail: zdarzeniamedyczne@mazowieckie.pl,
- listownie na adres: pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa,
- poprzez elektroniczną skrzynkę podawczą :/t6j4ljd68r/skrytka.

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, można się z nim kontaktować:

- drogą e-mail: iod@mazowieckie.pl,
- listownie na adres: pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa
- poprzez elektroniczną skrzynkę podawczą :/t6j4ljd68r/skrytka.

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Administratora podczas realizacji czynności na podstawie art. 6, ust 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO zgodnie z przepisami określonymi w: ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849t.j), ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r., Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r.poz. 256t.j) ustawy z dnia 17 listopada 1964 r., Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1460 t.j), oraz ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164 t.j).

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 niezbędnym wymogiem do podjęcia czynności związanych z rozpatrzeniem sprawy przez Wojewódzką Komisję do Spraw o Zdarzeniach Medycznych.