

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

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

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

DANE PEŁNOMOCNIKA (jeżeli dotyczy)			
17. IMIĘ		18. NAZWISKO	
ADRES DO DORECZEŃ			
<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			
CZEŚĆ C.			
DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL			
(Wypełnia podmiot składający wniosek)			
FIRMA			
ADRES SIEDZIBY			
26. KRAJ		27. MIEJSCOWOŚĆ	
28. ULICA		29. NUMER DOMU I LOKALU	
30. KOD POCZTOWY		31. POCZTA	
ADRES SZPITALA (jeżeli dotyczy)			
32. KRAJ		33. MIEJSCOWOŚĆ	
34. ULICA		35. NUMER DOMU I LOKALU	
36. KOD POCZTOWY		37. POCZTA	
CZEŚĆ D.			
UZASADNIENIE WNIOSKU ZAWIERAJĄCE UPRAWDOPODOBNIENIE ZDARZENIA, KTÓREGO NASTĘPSTWEM BYŁO ZAKAŻENIE, USZKODZENIE CIAŁA, ROZSTRÓJ ZDROWIA ALBO ŚMIERĆ PACJENTA ORAZ SZKODY MAJĄTKOWEJ LUB NIEMAJĄTKOWEJ			
<u>UWAGA! WNIOSEK NIE MOŻE DOTYCZYĆ ZDARZENIA SPRZED 1 STYCZNIA</u>			

2012 ROKU!

(Wypełnia podmiot składający wniosek)

CZEŚĆ E.

PRZEDMIOT WNIOSKU (właściwe należy zaznaczyć X)

(Wypełnia podmiot składający wniosek)

ZAKAŻENIE

USZKODZENIE CIAŁA

	ROZSTRÓJ ZDROWIA
	ŚMIERĆ
CZEŚĆ F. PROPOZYCJA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆUCZYNIENIA (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
UWAGA! Proponowana wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż: 1) 100.000 zł – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, 2) 300.000 zł – w przypadku śmierci pacjenta	
CZEŚĆ G. ZAŁĄCZNIKI (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
CZEŚĆ H. (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
MIEJSCOWOŚĆ	
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

¹⁾ 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