

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

WOJEWÓDZKA KOMISJA DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH W BIAŁYMSTOKU 15-213 Białystok, ul. Mickiewicza 3		Data wpływu wniosku (wypełnia sekretariat komisji)	
		Sygn. sprawy (wypełnia sekretariat komisji)	
1. DANE PACJENTA			
1.1. Nazwisko		1.2. Imię (imiona)	
1.3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	1.4. Numer PESEL albo seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość (jeżeli posiada)		
2. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY PACJENTA (jeżeli dotyczy)			
2.1. Nazwisko		2.2. Imię (imiona)	
3. SPADKOBIERCY PACJENTA (jeżeli dotyczy)			
Lp.	3.1. Nazwisko	3.2. Imię (imiona)	
1.			
2.			
3.			
4.			
4. WSKAZANIE SPADKOBIERCY REPREZENTUJĄCEGO POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW (jeżeli dotyczy)			
4.1. Nazwisko		4.2. Imię (imiona)	
5. ADRES DO DORECZENIA (dotyczy podmiotu składającego wniosek)			
4.1. Kraj	4.2. Poczta	4.3. Kod pocztowy	
4.4. Miejscowość	4.5. Ulica	4.6. Numer domu	4.7. Numer lokalu
6. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL			
6.1. Firma podmiotu leczniczego prowadzącego szpital			
ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL			
6.2. Kraj	6.3. Poczta	6.4. Kod pocztowy	
6.5. Miejscowość	6.6. Ulica	6.7. Numer domu	6.8. Numer lokalu
ADRES SZPITALA (jeżeli dotyczy)			
6.9. Kraj	6.10. Poczta	6.11. Kod pocztowy	
6.12. Miejscowość	6.13. Ulica	6.14. Numer domu	6.15. Numer lokalu

8. PRZEDMIOT WNIOSKU¹⁾

1. ZAKAŻENIE PACJENTA BIOLOGICZNYM CZYNNIKIEM CHOROBOTWÓRCZYM
2. USZKODZENIE CIAŁA PACJENTA
3. ROZSTRÓJ ZDROWIA PACJENTA
4. ŚMIERĆ PACJENTA

9. PROPOZYCJA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆCZYNIENIA²⁾

9.1. Kwota (w zł)

9.2. Słownie złotych

DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:

1. Dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku (wymienić):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Potwierdzenie uiszczenia opłaty w wysokości 200 zł na rachunek Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku: **94 1010 1049 0000 3922 3100 0000**, tytułem: opłata za złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego.

3. W przypadku śmierci pacjenta (zaznaczyć właściwe – „X”):

- postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku,
- pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców pacjenta, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich.

DODATKOWE INFORMACJE:

- Dzień, w którym nastąpiło zdarzenie medyczne: _____
- Dzień, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zdarzeniu medycznym: _____
- Oświadczenie podmiotu składającego wniosek o postępowaniach w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, karnych i cywilnych toczących się lub zakończonych w związku ze zdarzeniem będącym przedmiotem wniosku.

.....
Miejscowość, data.....
Czytelny podpis podmiotu składającego wniosek

1) Zaznaczyć właściwe – „X”: 1, 2 lub 3 – jeżeli podmiotem składającym wniosek jest pacjent lub przedstawiciel ustawowy pacjenta, 4 – jeżeli podmiotem składającym wniosek jest spadkobierca pacjenta lub spadkobierca pacjenta reprezentujący pozostałych spadkobierców pacjenta.

2) Kwota nie wyższa niż określona w art. 67k ust. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.). Maksymalna wysokość świadczenia wynosi: 100 000 zł – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, 300 000 zł – w przypadku śmierci pacjenta.