

## WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

<b>WOJEWÓDZKA KOMISJA DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH W BIAŁYMSTOKU</b>  15-213 Białystok, ul. Mickiewicza 3		Data wpływu wniosku (wypełnia sekretariat komisji)		
		Sygn. sprawy (wypełnia sekretariat komisji)		
<b>1. DANE PACJENTA</b>				
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)			
<b>2. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY PACJENTA (jeżeli dotyczy)</b>				
2.1. Nazwisko		2.2. Imię (imiona)		
<b>3. SPADKOBIERCY PACJENTA (jeżeli dotyczy)</b>				
Lp.	3.1. Nazwisko	3.2. Imię (imiona)		
1.				
2.				
3.				
4.				
<b>4. WSKAZANIE SPADKOBIERCY REPREZENTUJĄCEGO POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW (jeżeli dotyczy)</b>				
4.1. Nazwisko		4.2. Imię (imiona)		
<b>5. ADRES DO DORECZENIA (dotyczy podmiotu składającego wniosek)</b>				
4.1. Kraj		4.2. Poczta	4.3. Kod pocztowy	
4.4. Miejscowość		4.5. Ulica	4.6. Numer domu	4.7. Numer lokalu
<b>6. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL</b>				
6.1. Firma podmiotu leczniczego prowadzącego szpital				
<b>ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL</b>				
6.2. Kraj		6.3. Poczta	6.4. Kod pocztowy	
6.5. Miejscowość		6.6. Ulica	6.7. Numer domu	6.8. Numer lokalu
<b>ADRES SZPITALA (jeżeli dotyczy)</b>				
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 WNIOSKU<sup>1)</sup>**

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

**9. PROPOZYCJA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆCZYNIENIA<sup>2)</sup>**

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 2012 r., poz. 159). Maksymalna wysokość świadczenia wynosi: 100 000 zł – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, 300 000 zł – w przypadku śmierci pacjenta.