

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

WOJEWÓDZKA KOMISJA DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH W BIAŁYMSTOKU 15-213 Białystok, ul. Mickiewicza 3		Data wpływu wniosku <i>(wypełnia sekretariat komisji)</i>		
		Sygn. sprawy <i>(wypełnia sekretariat komisji)</i>		
1. DANE PACJENTA				
1.1. Nazwisko		1.2. Imię (imiona)		
1.3. Data urodzenia <i>(dd/mm/rrrr)</i>	1.4. Numer PESEL albo seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość <i>(jeżeli posiada)</i>			
2. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY PACJENTA <i>(jeżeli dotyczy)</i>				
2.1. Nazwisko		2.2. Imię (imiona)		
3. SPADKOBIERCY PACJENTA <i>(jeżeli dotyczy)</i>				
Lp.	3.1. Nazwisko	3.2. Imię (imiona)		
1.				
2.				
3.				
4.				
4. WSKAZANIE SPADKOBIERCY REPREZENTUJĄCEGO POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW <i>(jeżeli dotyczy)</i>				
4.1. Nazwisko		4.2. Imię (imiona)		
5. ADRES DO DORECZEŃ <i>(dotyczy podmiotu składającego wniosek)</i>				
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 <i>(jeżeli dotyczy)</i>				
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:

.....
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, 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.

Imię i nazwisko podmiotu składającego wniosek

Adres podmiotu składającego wniosek

Numer telefonu kontaktowego

**Wojewódzka Komisja
do Spraw Orzekania
o Zdarzeniach Medycznych
w Białymstoku**

**OŚWIADCZENIE
do wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego**

Mając na uwadze art. 67b ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.) oświadczam na podstawie posiadanych przeze mnie informacji, że w związku ze zdarzeniem będącym przedmiotem wniosku:

- toczy się / nie toczy się^{*)} postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny;
- toczy się / nie toczy się^{*)} postępowanie karne w sprawie o przestępstwo;
- prawomocnie osądzono sprawę / nie osądzono sprawy^{*)} o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne;
- toczy się / nie toczy się^{*)} postępowanie cywilne w tej sprawie.

Miejscowość, 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 (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

Miejscowość, data

Podpis podmiotu składającego wniosek

^{*)} *niewłaściwe skreślić*