Załącznik nr 1.

……..

(miejscowość, data)

(WZÓR)

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

I. Dane pacjenta:

1.……

(Imię i nazwisko)

2……

(Data urodzenia)

3……

(numer PESEL albo seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)

4. ……

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, jeżeli dotyczy)

5……

……

……

(imiona i nazwiska wszystkich spadkobierców, jeżeli dotyczy)

6. ……

(imię i nazwisko spadkobiercy reprezentującego pozostałych w postępowaniu przed wojewódzką komisją, jeżeli dotyczy)

7……

……..

(adres do doręczeń)

(tel. kontaktowy, e-mail) :……

II. Dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital

……

(firma)

……

……
(adres siedziby oraz szpitala, jeżeli dotyczy)

III. Uzasadnienie wniosku

Uzasadnienie wniosku zawiera uprawdopodobnienie zdarzenia, którego następstwem było zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej

Unknown
gr 20, '11, 8:31 AM
Added: Paragraph Break

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

IV. Przedmiot wniosku

Wskazanie, czy przedmiotem wniosku jest zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć pacjenta

……
……
……

V. Proponowana wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia

……
……

VI. Załączniki

Proszę wymienić dokumenty załączone do wniosku,:
1)dokumenty stanowiące dowody uprawdopodabniające okoliczności wskazane we wniosku ; np. pełna dokumentacja medyczna niezbędna do wydania orzeczenia, karty informacyjne, zaświadczenia lekarskie ,wyniki badań dodatkowych etc.
2) potwierdzenie uiszczenia opłaty;
jeśli dotyczy
3) postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku,
4) pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich.

Unknown
gr 20, '11, 8:31 AM
Added Text

Unknown
gr 20, '11, 8:31 AM
Added Text

Unknown
gr 20, '11, 8:31 AM
Added: Paragraph Break

……
……
……

...……

……

(Data) (Czytelny podpis składającego wniosek)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam[1], 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 toczy się postępowanie cywilne w sprawie odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne

_____ _____

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

[1] Właściwe należy zaznaczyć X