

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

CZEŚĆ A.			
Wypełnia pracownik Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Szczecinie			
Data wpływu wniosku		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
NAZWA WOJEWÓDZKIEJ KOMISJI DS. ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH, DO KTÓREJ KIEROWANY JEST WNIOSEK (Wypełnia podmiot składający wniosek)			
CZEŚĆ B.			
DANE PECJENTA		tel. kontaktowy	
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	
ADRES DO DORECZEŃ			
17. KRAJ		18. MIEJSCOWOŚĆ	
19. ULICA		20. NUMER DOMU I LOKALU	
22. KOD POCZTOWY		23. POCZTA	
CZEŚĆ C.			
DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL (Wypełnia podmiot składający wniosek)			
FIRMA			
ADRES SIEDZIBY			
17. KRAJ		18. MIEJSCOWOŚĆ	
19. ULICA		20. NUMER DOMU I LOKALU	
22. KOD POCZTOWY		23. POCZTA	

ADRES SIEDZIBY (jeżeli dotyczy)			
17. KRAJ		18. MIEJSCOWOŚĆ	
19. ULICA		20. NUMER DOMU I LOKALU	
22. KOD POCZTOWY		23. POCZTA	
CZĘŚĆ D. UZASADNIENIE WNIOSKU ZAWIERAJĄCE UPRAWDOPODOBNIENIE ZDARZENIA, KTÓREGO NASTĘPSTWEM BYŁO ZAKAŻENIE, USZKODZENIA CIAŁA, ROZSTRÓJ ZDROWIA ALBO ŚMIERĆ PACJENTA ORAZ SZKODY MAJĄTKOWEJ LUB NIEMAJĄTKOWEJ			

CZĘŚĆ E.	
PRZEDMIOT WNIOSKU (właściwe należy zaznaczyć X)	
	ZAKAŻENIE
	USZKODZENIE CIAŁA
	ROZSTRÓJ ZDROWIA
	ŚMIERĆ
CZĘŚĆ F.	
PROPOZYCJA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆUCZYNIENIA	
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	
CZĘŚĆ G.	
ZAŁĄCZNIKI (właściwe należy zaznaczyć X)	
	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
CZĘŚĆ H.	
DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU	
MIEJSCOWOŚĆ	
PODPIS	
SKŁADAJĄCEGO WNIOSK	

OŚWIADCZENIE nr 1

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 toczy się postępowanie cywilne w sprawie odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne

miejscowość, data

podpis podmiotu składającego wniosek

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. 2018 poz. 1000

miejscowość, data

podpis podmiotu składającego wniosek

¹ Właściwe należy zaznaczyć X

OŚWIADCZENIE nr 2

Wraz ze zwrotem wniosku bez rozpatrzenia, w przypadku gdy jest on niekompletny lub nienależycie opłacony, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie dokonuje zwrotu wniesionej opłaty od wniosku w kwocie 200 zł.

Zwrotu opłaty należy dokonać przelewem na rachunek bankowy (proszę wpisać nazwę banku i numer rachunku bankowego):

nazwa banku _____

nr rachunku bankowego:

miejsowość, data

podpis podmiotu składającego wniosek