

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

CZĘŚĆ A

(wypełnia Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Krakowie)

01. Data wpływu wniosku

02. Sygnatura akt

WN-V.968.

03. Podpis osoby przyjmującej wniosek

CZĘŚCI B-H

(wypełnia podmiot składający wniosek: pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta - spadkobierca/y pacjenta, spadkobierca reprezentujący pozostałych spadkobierców, pełnomocnik)

CZĘŚĆ B

DANE PACJENTA

01. Imię

02. Nazwisko

03. Data urodzenia /dd/mm/rrrr/

04. Numer PESEL

05. Rodzaj dokumentu tożsamości (jeżeli posiada)

06. Seria i numer dokumentu

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (jeżeli dotyczy)

(w szczególności są nim: **rodzice** - w przypadku małoletniego dziecka, **opiekunowie** - w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie oraz małoletniego dziecka, gdy zachodzą ku temu powody, **kurator**, inni)

01. Imię

02. Nazwisko

DANE WSZYSTKICH SPADKOBIERCÓW (uzupełnia się w przypadku, gdy doszło do śmierci pacjenta)

01. Imię

02. Nazwisko

03. Imię

04. Nazwisko

05. Imię

06. Nazwisko

07. Imię

08. Nazwisko

09. Imię

10. Nazwisko

11. Imię

12. Nazwisko

WSKAZANIE, KTÓRY ZE SPADKOBIERCÓW REPREZENTUJE POZOSTAŁYCH W POSTĘPOWANIU PRZED WOJEWÓDZKĄ KOMISJĄ DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH

01. Imię

02. Nazwisko

Do niniejszego wniosku należy dołączyć:

Postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku w przypadku śmierci pacjenta ⁽¹⁾

Pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich ⁽¹⁾ (wzór pełnomocnictwa stanowi załącznik do wniosku)

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(*) informacja nie jest obowiązkowa

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

WSKAZANIE PEŁNOMOCNIKA, JEŻELI ZOSTAŁ USTANOWIONY

01. Imię

02. Nazwisko

03. Nazwa kancelarii w przypadku ustanowienia profesjonalnego pełnomocnika

Do niniejszego wniosku należy dołączyć:

Pełnomocnictwo do reprezentowania pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, spadkobiercy/ów ⁽¹⁾

ADRES DO DORĘCZEŃ ⁽¹⁾

pacjenta przedstawiciela ustawowego spadkobiercy reprezentującego pozostałych spadkobierców pełnomocnika

01. Kraj

02. Miejscowość

03. Ulica/osiedle

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Kod pocztowy

 -

07. Poczta

08. Telefon kontaktowy*

ADRES PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK * (jeżeli jest inny niż adres do doręczeń)

01. Kraj

02. Miejscowość

03. Ulica/osiedle

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Kod pocztowy

 -

07. Poczta

08. Telefon kontaktowy*

CZĘŚĆ C

DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL

FIRMA / NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL

NAZWA SZPITALA, KTÓREGO WNIOSEK DOTYCZY

ODDZIAŁ*

ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL / ADRES SZPITALA (jeżeli dotyczy)

01. Kraj

02. Miejscowość

03. Ulica/osiedle

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Kod pocztowy

 -

07. Poczta

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(*) informacja nie jest obowiązkowa

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

CZEŚĆ D

UZASADNIENIE WNIOSKU ZAWIERAJĄCE UPRAWDOPODOBNIENIE ZDARZENIA, KTÓREGO NASTĘPSTWEM BYŁO ZAKAŻENIE, USZKODZENIE CIAŁA, ROZSTRÓJ ZDROWIA ALBO ŚMIERĆ PACJENTA ORAZ SZKODY MAJĄTKOWEJ LUB NIEMAJĄTKOWEJ

UWAGA!!! WNIOSEK NIE MOŻE DOTYCZYĆ ZDARZENIA SPRZED 1 STYCZNIA 2012 ROKU

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

CZĘŚĆ E

WSKAZANIE PRZEDMIOTU WNIOSKU ⁽¹⁾ (można zaznaczyć więcej niż jeden przedmiot wniosku)

Zakażenie

Uszkodzenie ciała

Rozstrój zdrowia

Śmierć pacjenta

CZĘŚĆ F

WSKAZANIE WYSOKOŚCI PROPOZYCJI ODSZKODOWANIA

(wypełnia podmiot składający wniosek **wpisując słownie** propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia)

UWAGA!!! PROPONOWANA WYSOKOŚĆ ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆUCZYNIENIA NIE MOŻE BYĆ WYŻSZA NIŻ:

100.000 zł - w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta

słownie:

300.000 zł - w przypadku śmierci pacjenta

słownie:

CZĘŚĆ G

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU ⁽¹⁾

PODMIOT SKŁADAJĄCY WNIOSEK ZAŁĄCZA DO WNIOSKU NIŻEJ WYMIENIONE DOKUMENTY:

Dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku

(proszę wymienić w miarę możliwości te dowody)

Potwierdzenie uiszczenia opłaty w wysokości 200 zł

wpłata na rachunek

Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, 31-156 Kraków, ul. Basztowa 22,

prowadzony przez Narodowy Bank Polski O/O Kraków,

nr rachunku: **08 1010 1270 0051 2222 3100 0000**

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(*) informacja nie jest obowiązkowa

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

CZĘŚĆ H

WSKAZANIE ŚWIADKÓW, INNYCH DOWODÓW (*)

Podmiot składający wniosek może wskazać osoby, które Wojewódzka Komisja w celu wydania orzeczenia może wezwać do złożenia wyjaśnień, a które mogą posiadać informacje istotne dla prowadzonego postępowania:

01. Imię

02. Nazwisko

03. Kraj

04. Miejscowość

05. Ulica/osiedle

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Kod pocztowy

 -

09. Poczta

01. Imię

02. Nazwisko

03. Kraj

04. Miejscowość

05. Ulica/osiedle

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Kod pocztowy

 -

09. Poczta

01. Imię

02. Nazwisko

03. Kraj

04. Miejscowość

05. Ulica/osiedle

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Kod pocztowy

 -

09. Poczta

Podmiot składający wniosek może ponadto wskazać inne wnioski dowodowe np.:

- wniosek o opinię lekarza z danej dziedziny medycyny,
- o dodatkową dokumentację medyczną z innych podmiotów (w takim przypadku należy oznaczyć te podmioty).

/ imię i nazwisko /

/ miejscowość, data /

/ podpis podmiotu
składającego wniosek /

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(*) informacja nie jest obowiązkowa

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

OŚWIADCZENIE ⁽¹⁾

OŚWIADCZAM, 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 O ODSZKODOWANIE LUB ZADOŚĆUCZYNIENIE PIENIĘŻNE

/ miejscowość, data /

/ podpis podmiotu składającego wniosek /

OŚWIADCZENIE ⁽¹⁾

Wraz ze zwrotem wniosku bez rozpatrzenia, a także w przypadku umorzenia postępowania oraz w przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym, gdy Wojewódzka Komisja tak postanowi, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie dokonuje zwrotu wniesionej opłaty w sposób wskazany w niniejszym oświadczeniu. Zwrotu opłaty należy dokonać:

- przekazem pocztowym na adres wskazany poniżej

01. Imię	02. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
03. Kraj	04. Miejscowość	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
05. Ulica/osiedle	06. Numer domu	07. Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08. Kod pocztowy	09. Poczta	
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

- w kasie Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie - odbiór osobisty

- przelewem na rachunek bankowy

Numer rachunku bankowego

/ miejscowość, data /

/ podpis podmiotu składającego wniosek /

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(*) informacja nie jest obowiązkowa