*Załącznik Nr 2 do Regulaminu*

**WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ 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) |
| **CZĘŚĆ B.** **DANE PECJENTA** tel. kontaktowyWypełnia podmiot składający wniosek  |
| 1. IMIĘ |  | 2. NAZWISKO |  |
| 3. DATA URODZENIA  | ­\_ \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_Rok m-c dzień | 3. PESEL | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| 4. SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJACEGO 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 DORĘCZEŃ**  |
| 17. KRAJ |  | 18. MIEJSCOWOŚĆ |  |
| 19. ULICA |  | 20. NUMER DOMU I LOKALU |  |
| 22. KOD POCZTOWY |  | 23. POCZTA |  |
| **CZĘŚĆ 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 uprawdopodabniające 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 |  |
| PODPISSKŁADAJĄCEGO WNIOSEK |  |

**OŚWIADCZENIE nr 1**

Oświadczam[[1]](#footnote-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

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

**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 bankunr rachunku bankowego:  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

miejscowość, data podpis podmiotu składającego wniosek

1. Właściwe należy zaznaczyć X [↑](#footnote-ref-1)