*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. kontaktowy  Wypełnia 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| PODPIS  SKŁADAJĄCEGO 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 banku  nr rachunku bankowego: |

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

miejscowość, data podpis podmiotu składającego wniosek

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