



Rzecznik Praw Pacjenta

Wniosek należy wypełnić czytelnie, dokonując wpisów bez skreśleń i poprawek.

<b>Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych</b>	
<b>Dane osoby, u której zostało przeprowadzone szczepienie ochronne</b>	
nazwisko	
imię	
data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)	
numer PESEL	
w razie braku numeru PESEL: seria i numer paszportu lub numer identyfikacyjny innego dokumentu, który pozwala ustalić dane osobowe	
<b>Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy)</b>	
nazwisko	
imię	
<b>Dane pełnomocnika (jeśli dotyczy)</b>	
nazwisko	
imię	
<b>Adres korespondencyjny</b>	
ulica	
numer domu i lokalu	
miejsowość	
kod pocztowy	
województwo (lub kraj, jeśli jest inny niż Polska)	
Numer telefonu (jeśli wnioskodawca posiada)	
Adres poczty elektronicznej (jeśli posiada)	
<b>Numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej (na który mają być przekazane świadczenie kompensacyjne i zwrot opłaty)</b>	
jeśli wnioskodawca nie ma rachunku bankowego: adres, na który ma zostać wysłany przekaz pocztowy	
<b>Rodzaj szczepienia ochronnego</b>	
<input type="checkbox"/> błonica (d / D)	<input type="checkbox"/> błonica i tężec (DT / Td)
<input type="checkbox"/> błonica, tężec i krztusiec (DTP / DTaP)	<input type="checkbox"/> COVID-19

<input type="checkbox"/> gruźlica (BCG)	<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae typu b (Hib)
<input type="checkbox"/> meningokoki (zakażenie Neisseria meningitidis)	<input type="checkbox"/> odra, świnka i różyczka (MMR)
<input type="checkbox"/> ospa wietrzna	<input type="checkbox"/> ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis / polio / IPV)
<input type="checkbox"/> rotawirusy (RV)	<input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae (pneumokoki /PCV)
<input type="checkbox"/> tężec (T)	<input type="checkbox"/> wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A)
<input type="checkbox"/> wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B)	<input type="checkbox"/> wścieklizna
<input type="checkbox"/> wysokoskojarzone 5w1: błonica, tężec, krztusiec, polio i Haemophilus (DTaP-IPV-Hib)	<input type="checkbox"/> wysokoskojarzone 6w1: błonica, tężec, krztusiec, polio, Haemophilus i WZW typu B (DTaP-IPV-Hib-WZWB)
<input type="checkbox"/> inne – jakie:	
<b>Data wykonania szczepienia</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Data obserwacji w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć (jeśli dotyczy)</b>	jeśli nie doszło do hospitalizacji
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Okres hospitalizacji</b> (okres pobytu w szpitalu w wyniku działania niepożądanego - jeśli dotyczy)	
od <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Czy wniosek obejmuje również zwrot kosztów leczenia lub rehabilitacji po zakończeniu obserwacji lub hospitalizacji w szpitalu?</b>	
NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> - kwota:
<b>Opis sprawy</b> (stan faktyczny)	

**Dane o stanie zdrowia oraz inne informacje niezbędne do rozpatrzenia wniosku**

--

Czy Pani/Pana sprawa została zgłoszona przez lekarza jako niepożądany odczyn poszczepienny?

TAK NIE NIE WIEM 

Czy Pani/Pana sprawa została zgłoszona jako działanie niepożądane produktu leczniczego do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych?

TAK  - numer zgłoszenia:NIE NIE WIEM **Wymagane załączniki:**

kopia zaświadczenia o wykonaniu szczepienia, karty uodpornienia, książeczki szczepień lub dokumentacji medycznej, w której zostało odnotowane szczepienie\*

TAK NIE 

kopia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego i ewentualnie pozostałej posiadanej dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego

TAK NIE 

kopia dokumentacji z dalszego leczenia lub rehabilitacji wraz z dokumentacją potwierdzającą poniesione koszty (jeśli wniosek obejmuje zwrot kosztów)

TAK NIE 

potwierdzenie wniesienia opłaty na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych (45 1130 1017 0020 1591 5120 0001)

TAK NIE 

oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało zakończone postępowanie przed sądem cywilnym w sprawie o zadośćuczynienie lub odszkodowanie związane z wystąpieniem działań niepożądanych szczepionki

TAK NIE **Pozostałe załączniki:**

pełnomocnictwo

TAK NIE 

inne: jakie

TAK NIE **Oświadczenie osoby wnoszącej wniosek, składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń***Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

podpis\*\*

\* Np. poświadczenie szczepienia pobrane z Internetowego Konta Pacjenta (zakładka „Profilaktyka” =&gt; „Szczepienia”) lub wydrukowane w punkcie szczepień.

\*\* Wniosek złożony w postaci elektronicznej należy podpisać podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem osobistym.

miejsowość, data

### **Załącznik do wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego**

Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się ani nie zostało zakończone postępowanie przed sądem cywilnym w sprawie o zadośćuczynienie lub odszkodowanie związane z wystąpieniem działań niepożądanych po podanej szczepionce albo podanych szczepionkach.

podpis