



Rzecznik Praw Pacjenta

Wniosek należy
wypełnić czytelnie,
dokonując wpisów
bez skreśleń
i poprawek

Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych

Dane uczestnika badania klinicznego

nazwisko	Nowak
imię	Janina
numer PESEL	9 9 0 1 0 1 0 1 0 1 0
w razie braku numeru PESEL: seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia	

Przedmiot wniosku

<input checked="" type="checkbox"/> uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia	<input type="checkbox"/> śmierć uczestnika badania klinicznego
--	--

Jeśli wniosek dotyczy śmierci uczestnika badania klinicznego:

Dane osoby składającej wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego

nazwisko	
imię	
numer PESEL	
w razie braku numeru PESEL: seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia	

Relacja między wnioskodawcą a zmarłym uczestnikiem badania klinicznego

<input type="checkbox"/> małżeństwo niepozostające w separacji	<input type="checkbox"/> pokrewieństwo pierwszego stopnia (rodzic lub dziecko uczestnika badania)
<input type="checkbox"/> przysposobienie	<input type="checkbox"/> pozostawanie we wspólnym pożyciu
<input type="checkbox"/> inna – jaka:	

Dane przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy (jeśli dotyczy)

nazwisko	
imię	

Dane pełnomocnika wnioskodawcy (jeśli dotyczy)

nazwisko	
imię	

Adres korespondencyjny

ulica, numer domu i lokalu	ul. Spacerowa 1/10
mięscowość	Gdańsk
kod pocztowy	80-075
województwo	pomorskie

Numer telefonu (jeśli wnioskodawca posiada)	500 000 000
Adres poczty elektronicznej (jeśli posiada)	janina-nowak@poczta-elektroniczna.pl
Oznaczenie badania klinicznego, którego dotyczy wniosek (numer, tytuł)	
Badanie nr 2022-000001-01-00. Tytuł: Jednoramienne, otwarte, wieloośrodkowe badanie oceniające skuteczność i bezpieczeństwo substancji XYZ.	
Uzasadnienie wniosku (w tym wskazanie faktów, na których wniosek jest oparty)	
Badanie kliniczne rozpocząłem 30 kwietnia 2023 roku. Po dwóch tygodniach udziału w badaniu na moich rękach pojawiła się pokrzywka, ręce zaczęły też coraz bardziej puchnąć. Zgłosiłem się do szpitala, gdzie zostałem przyjęty na oddział i byłem hospitalizowany przez kolejne trzy tygodnie. Podczas pobytu zdiagnozowano ciężką reakcję alergiczną po podaniu leku.	

Numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej																							
1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
jeśli wnioskodawca nie ma rachunku bankowego: adres, na który ma zostać wysłany przekaz pocztowy																							
Wymagane załączniki:																							
kopia posiadanej dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów potwierdzających opisany stan faktyczny albo szczegółowa informacja o braku takich dokumentów																	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>					
potwierdzenie wniesienia opłaty na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych (18 1130 1017 0020 1591 5120 0002)																	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>					
oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie lub zadośćuczynienie																	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>					
oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem wnioskodawca nie uzyskał odszkodowania lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę albo o wysokości uzyskanego odszkodowania lub zadośćuczynienia																	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>					
jeśli wniosek dotyczy śmierci uczestnika badania klinicznego: dokumenty potwierdzające, że wnioskodawca był jego małżonkiem (niepozostającym w separacji), krewnym pierwszego stopnia, osobą pozostającą w stosunku przysposobienia lub osobą pozostającą we wspólnym pożyciu																	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>					
Pozostałe załączniki:																							
pełnomocnictwo																	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>					
inne: jakie																	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>					
Oświadczenie wnioskodawcy składane pod rygorem odpowiedzialności karnej																							
<i>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</i>																							

Janina Nowak

podpis (wniosek składany w postaci elektronicznej należy podpisać podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem osobistym)

OŚWIADCZENIA

Proszę skreślić niewłaściwe stwierdzenie oraz ewentualnie uzupełnić puste pola:

Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie lub zadośćuczynienie.

*Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie uzyskałem/am odszkodowania lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę / ~~uzyskałem/am odszkodowanie w wysokości~~
zadośćuczynienie w wysokości od
na podstawie (uznanie roszczenia, ugoda; jeśli inna – proszę wskazać).*

Janina Nowak

podpis