



Rzecznik Praw Pacjenta

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

Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych

Dane osoby, u której zostało przeprowadzone szczepienie ochronne

nazwisko	Nowak										
imię	Jan										
data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)	0	1	—	0	1	—	1	9	9	9	
numer PESEL	9	9	0	1	0	1	0	1	0	1	0
w razie braku numeru PESEL: seria i numer paszportu lub numer identyfikacyjny innego dokumentu, który pozwala ustalić dane osobowe											

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy)

nazwisko											
imię											

Dane pełnomocnika (jeśli dotyczy)

nazwisko											
imię											

Adres korespondencyjny

ulica	Spacerowa										
numer domu i lokalu	1/10										
miejsowość	Gdańsk										
kod pocztowy	80-075										
województwo (lub kraj, jeśli jest inny niż Polska)	pomorskie										
Numer telefonu (jeśli wnioskodawca posiada)	500 000 000										
Adres poczty elektronicznej (jeśli posiada)	jan.nowak@poczta-elektroniczna.pl										

Numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej (na który mają być przekazane świadczenie kompensacyjne i zwrot opłaty)

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																							

Rodzaj szczepienia ochronnego

<input type="checkbox"/> błonica (d / D)	<input type="checkbox"/> błonica i tężec (DT / Td)
<input type="checkbox"/> błonica, tężec i krztusiec (DTP / DTaP)	<input checked="" 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:	
Data wykonania szczepienia	0 1 – 1 2 – 2 0 2 2
Data obserwacji w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć (jeśli dotyczy)	jeśli nie doszło do hospitalizacji
	– – – – – – – – – –
Okres hospitalizacji (okres pobytu w szpitalu w wyniku działania niepożądanego - jeśli dotyczy)	
od	0 3 – 1 2 – 2 0 2 2 do
	2 0 – 1 2 – 2 0 2 2
Czy wniosek obejmuje również zwrot kosztów leczenia lub rehabilitacji po zakończeniu obserwacji lub hospitalizacji w szpitalu?	
NIE <input checked="" type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> - kwota:
Opis sprawy (stan faktyczny)	
<p>Po kilku godzinach od podania trzeciej dawki szczepionki przeciwko Covid-19 źle się poczułem. Wezwałem pogotowie, które przewiozło mnie do szpitala. Tam przebywałem przez ponad dwa tygodnie.</p>	

Dane o stanie zdrowia oraz inne informacje niezbędne do rozpatrzenia wniosku

W szpitalu zdiagnozowano u mnie...

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.

Jan Nowak

podpis**

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

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

Gdańsk, 23 marca 2022 r.

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.

Jan Nowak

podpis