



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>	
<b>nazwisko</b>	
<b>imię</b>	
<b>data urodzenia</b> (dzień - miesiąc - rok)	—                     —
<b>numer PESEL</b>	
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>	
<b>nazwisko</b>	
<b>imię</b>	
<b>Dane pełnomocnika (jeśli dotyczy)</b>	
<b>nazwisko</b>	
<b>imię</b>	
<b>Adres korespondencyjny</b>	
<b>ulica</b>	
<b>numer domu i lokalu</b>	
<b>miejsowość</b>	
<b>kod pocztowy</b>	
<b>województwo</b> (lub kraj, jeśli jest inny niż Polska)	
<b>Numer telefonu</b> (jeśli wnioskodawca posiada)	
<b>Adres poczty elektronicznej</b> (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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Data obserwacji w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć (jeśli dotyczy)</b>	jeśli nie doszło do hospitalizacji
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Okres hospitalizacji (okres pobytu w szpitalu w wyniku działania niepożądanego - jeśli dotyczy)</b>	
od <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	do <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<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 (stan faktyczny)</b>	

**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 <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
kopia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego i ewentualnie pozostałej posiadanej dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
kopia dokumentacji z dalszego leczenia lub rehabilitacji wraz z dokumentacją potwierdzającą poniesione koszty (jeśli wniosek obejmuje zwrot kosztów)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
potwierdzenie wniesienia opłaty na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych (45 1130 1017 0020 1591 5120 0001)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

**Pozostałe załączniki:**

pełnomocnictwo	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
inne: jakie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

**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” => „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