

.....  
(miejsce na prezentatę – wypełnia wydział obsługujący Wojewódzką Komisję)

## WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

<b>CZEŚĆ A.</b> Wypełnia pracownik wydziału obsługującego Wojewódzką Komisję do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie			
Data wpływu wniosku		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
<b>CZEŚĆ B.</b> Wypełnia podmiot składający wniosek			
<b>DANE PACJENTA</b>			
IMIĘ		NAZWISKO	
DATA URODZENIA	----- Rok      m-c      dzień		
NUMER PESEL ALBO RODZAJ, SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ			
<b>DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO</b> (jeżeli dotyczy)			
IMIĘ		NAZWISKO	
<b>DANE WSZYSTKICH SPADKOBIERCÓW</b> (jeżeli dotyczy)			
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
<b>WSKAZANIE SPADKOBIERCY REPREZENTUJĄCEGO POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW W POSTĘPOWANIU PRZED WOJEWÓDZKĄ KOMISJĄ</b> (jeżeli dotyczy)			
IMIĘ		NAZWISKO	

<b>DANE PEŁNOMOCNIKA (jeżeli dotyczy)</b>			
IMIĘ		NAZWISKO	
<b>ADRES DO DORECZENIA /właściwie zaznaczyć /</b>			
<input type="checkbox"/> wnioskodawca <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> spadkobierca reprezentujący innych spadkobierców <input type="checkbox"/> pełnomocnik			
KRAJ		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA		NUMER DOMU I LOKALU	
KOD POCZTOWY		POCZTA	
<input type="checkbox"/> TELEFON KONTAKTOWY*			
<input type="checkbox"/> ADRES E-MAIL *			
* Podanie tych danych jest dobrowolne i służy wyłącznie do skontaktowania się z Panem/Panią w sprawie postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie (np. zmiany terminu posiedzenia).			
<b>CZĘŚĆ C. (Wypełnia podmiot składający wniosek)</b>			
<b>DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL</b>			
NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO			
<b>ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO</b>			
KRAJ		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA		NUMER DOMU I LOKALU	
KOD POCZTOWY		POCZTA	
<b>NAZWA I ADRES SZPITALA, W KTÓRYM DOSZŁO DO ZDARZENIA MEDYCZNEGO</b>			
NAZWA			
KRAJ		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA		NUMER DOMU I LOKALU	
KOD POCZTOWY		POCZTA	

**CZĘŚĆ D.** (Wypełnia podmiot składający wniosek)

**UZASADNIENIE WNIOSKU ZAWIERAJĄCE UPRAWDOPODOBNIENIE ZDARZENIA, KTÓREGO NASTĘPSTWEM BYŁO ZAKAŻENIE, USZKODZENIE CIAŁA, ROZSTRÓJ ZDROWIA ALBO ŚMIERĆ PACJENTA ORAZ SZKODY MAJĄTKOWEJ LUB NIEMAJĄTKOWEJ**

**UWAGA! Wniosek według przepisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta może być złożony TYLKO wtedy, gdy od zdarzenia nie minęło więcej niż 3 lata, a od powzięcia informacji o zdarzeniu nie minął 1 rok.**

**TERMIN ZDARZENIA MEDYCZNEGO**

\*Proszę wskazać dokładną datę kiedy doszło do zdarzenia medycznego

— — — — - — — - — —  
Rok m-c dzień

**TERMIN ORAZ OKREŚLENIE W JAKI SPOSÓB , WNIOSKODAWCA DOWIEDZIAŁ SIĘ O ZDARZENIU**

\*Proszę wskazać dokładną datę

— — — — - — — - — —  
Rok m-c dzień

**UZASADNIENIE WNIOSKU:**

<b>CZEŚĆ E.</b> (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
<b>PRZEDMIOT WNIOSKU</b> (właściwe należy zaznaczyć X)	
	ZAKAŻENIE
	USZKODZENIE CIAŁA
	ROZSTRÓJ ZDROWIA
	ŚMIERĆ
<b>CZEŚĆ F.</b> (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
<b>PROPOZYCJA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆUCZYNIENIA</b>	
<p>UWAGA!</p> <p>Proponowana łączna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż:</p> <p>1) <b>100.000 zł</b> – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta,</p> <p>2) <b>300.000 zł</b> – w przypadku śmierci pacjenta</p>	
<b>CZEŚĆ G.</b> (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
<b>ZAŁĄCZNIKI</b> (właściwe należy zaznaczyć X)	
	dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku: 1) ..... 2) ..... 3) .....
	potwierdzenie uiszczenia opłaty od wniosku w wys. 200 zł
	postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku lub akt poświadczenia dziedziczenia - w przypadku śmierci pacjenta
	pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich
	pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy – jeśli dotyczy
<b>CZEŚĆ H.</b> (Wypełnia podmiot składający wniosek)	
<b>MIEJSCOWOŚĆ I DATA</b>	
<b>PODPIS PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSK</b>	

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam<sup>1)</sup>, 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 złożono wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w innym województwie
- nie toczy się postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne

---

miejsowość, data

---

podpis podmiotu składającego wniosek

---

<sup>1)</sup> Właściwe należy zaznaczyć X