

# WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

## CZĘŚĆ A

(wypełnia Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Krakowie)

01. Data wpływu wniosku

02. Sygnatura akt

WN-V.968.

03. Podpis osoby przyjmującej wniosek

## CZĘŚCI B-H

(wypełnia podmiot składający wniosek: pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta - spadkobierca/y pacjenta, spadkobierca reprezentujący pozostałych spadkobierców, pełnomocnik)

## CZĘŚĆ B

### DANE PACJENTA

01. Imię

02. Nazwisko

03. Data urodzenia /dd/mm/rrrr/

04. Numer PESEL

05. Rodzaj dokumentu tożsamości (jeżeli posiada)

06. Seria i numer dokumentu

### DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (jeżeli dotyczy)

(w szczególności są nim: **rodzice** - w przypadku małoletniego dziecka, **opiekunowie** - w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie oraz małoletniego dziecka, gdy zachodzą ku temu powody, **kurator**, inni)

01. Imię

02. Nazwisko

### DANE WSZYSTKICH SPADKOBIERCÓW (uzupełnia się w przypadku, gdy doszło do śmierci pacjenta)

01. Imię

02. Nazwisko

03. Imię

04. Nazwisko

05. Imię

06. Nazwisko

07. Imię

08. Nazwisko

09. Imię

10. Nazwisko

11. Imię

12. Nazwisko

### WSKAZANIE, KTÓRY ZE SPADKOBIERCÓW REPREZENTUJE POZOSTAŁYCH W POSTĘPOWANIU PRZED WOJEWÓDZKĄ KOMISJĄ DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH

01. Imię

02. Nazwisko

Do niniejszego wniosku należy dołączyć:

Postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku w przypadku śmierci pacjenta <sup>(1)</sup>

Pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich <sup>(1)</sup> (wzór pełnomocnictwa stanowi załącznik do wniosku)

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(\*) informacja nie jest obowiązkowa

# WNIOSK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

## WSKAZANIE PEŁNOMOCNIKA, JEŻELI ZOSTAŁ USTANOWIONY

01. Imię

02. Nazwisko

03. Nazwa kancelarii w przypadku ustanowienia profesjonalnego pełnomocnika

Do niniejszego wniosku należy dołączyć:

Pełnomocnictwo do reprezentowania pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, spadkobiercy/ów <sup>(1)</sup>

## ADRES DO DORĘCZEŃ <sup>(1)</sup>

pacjenta  przedstawiciela ustawowego  spadkobiercy reprezentującego pozostałych spadkobierców  pełnomocnika

01. Kraj

02. Miejscowość

03. Ulica/osiedle

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Kod pocztowy

 - 

07. Poczta

08. Telefon kontaktowy\*

## ADRES PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSK \* (jeżeli jest inny niż adres do doręczeń)

01. Kraj

02. Miejscowość

03. Ulica/osiedle

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Kod pocztowy

 - 

07. Poczta

08. Telefon kontaktowy\*

## CZEŚĆ C

### DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL

**FIRMA / NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL**

**NAZWA SZPITALA, KTÓREGO WNIOSK DOTYCZY**

**ODDZIAŁ\***

**ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL / ADRES SZPITALA (jeżeli dotyczy)**

01. Kraj

02. Miejscowość

03. Ulica/osiedle

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Kod pocztowy

 - 

07. Poczta

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(\*) informacja nie jest obowiązkowa

## WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

### CZEŚĆ D

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

**UWAGA!!! WNIOSEK NIE MOŻE DOTYCZYĆ ZDARZENIA SPRZED 1 STYCZNIA 2012 ROKU**

# WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

## CZĘŚĆ E

WSKAZANIE PRZEDMIOTU WNIOSKU <sup>(1)</sup> (można zaznaczyć więcej niż jeden przedmiot wniosku)

Zakażenie

Uszkodzenie ciała

Rozstrój zdrowia

Śmierć pacjenta

## CZĘŚĆ F

WSKAZANIE WYSOKOŚCI PROPOZYCJI ODSZKODOWANIA

(wypełnia podmiot składający wniosek **wpisując słownie** propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia)

**UWAGA!!! PROPONOWANA WYSOKOŚĆ ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆUCZYNIENIA NIE MOŻE BYĆ WYŻSZA NIŻ:**

100.000 zł - w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta

słownie:

300.000 zł - w przypadku śmierci pacjenta

słownie:

## CZĘŚĆ G

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU <sup>(1)</sup>

PODMIOT SKŁADAJĄCY WNIOSEK ZAŁĄCZA DO WNIOSKU NIŻEJ WYMIENIONE DOKUMENTY:

Dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku

(proszę wymienić w miarę możliwości te dowody)

Potwierdzenie uiszczenia opłaty w wysokości 200 zł

wpłata na rachunek

Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, 31-156 Kraków, ul. Basztowa 22,

prowadzony przez Narodowy Bank Polski O/O Kraków,

nr rachunku: **08 1010 1270 0051 2222 3100 0000**

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(\*) informacja nie jest obowiązkowa

# WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

## CZĘŚĆ H

### WSKAZANIE ŚWIADKÓW, INNYCH DOWODÓW (\*)

Podmiot składający wniosek może wskazać osoby, które Wojewódzka Komisja w celu wydania orzeczenia może wezwać do złożenia wyjaśnień, a które mogą posiadać informacje istotne dla prowadzonego postępowania:

01. Imię

02. Nazwisko

03. Kraj

04. Miejscowość

05. Ulica/osiedle

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Kod pocztowy

 - 

09. Poczta

01. Imię

02. Nazwisko

03. Kraj

04. Miejscowość

05. Ulica/osiedle

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Kod pocztowy

 - 

09. Poczta

01. Imię

02. Nazwisko

03. Kraj

04. Miejscowość

05. Ulica/osiedle

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Kod pocztowy

 - 

09. Poczta

Podmiot składający wniosek może ponadto wskazać inne wnioski dowodowe np.:

- wniosek o opinię lekarza z danej dziedziny medycyny,
- o dodatkową dokumentację medyczną z innych podmiotów (w takim przypadku należy oznaczyć te podmioty).

/ imię i nazwisko /

/ miejscowość, data /

/ podpis podmiotu  
składającego wniosek /

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(\*) informacja nie jest obowiązkowa

## WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

### OŚWIADCZENIE <sup>(1)</sup>

#### OŚWIADCZAM, 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 TOCZY SIĘ POSTĘPOWANIE CYWILNE W SPRAWIE O ODSZKODOWANIE LUB ZADOŚĆUCZYNIENIE PIENIĘŻNE

/ miejscowość, data /

/ podpis podmiotu składającego wniosek /

### OŚWIADCZENIE <sup>(1)</sup>

Wraz ze zwrotem wniosku bez rozpatrzenia, a także w przypadku umorzenia postępowania oraz w przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym, gdy Wojewódzka Komisja tak postanowi, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie dokonuje zwrotu wniesionej opłaty w sposób wskazany w niniejszym oświadczeniu. Zwrotu opłaty należy dokonać:

przekazem pocztowym na adres wskazany poniżej

01. Imię

02. Nazwisko

03. Kraj

04. Miejscowość

05. Ulica/osiedle

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Kod pocztowy

09. Poczta

w kasie Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie - odbiór osobisty

przelewem na rachunek bankowy

Numer rachunku bankowego

/ miejscowość, data /

/ podpis podmiotu składającego wniosek /

(1) Właściwe należy zaznaczyć X

(\*) informacja nie jest obowiązkowa