

## WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

<b>WOJEWÓDZKA KOMISJA DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH W BIAŁYMSTOKU</b> 15-213 Białystok, ul. Mickiewicza 3		Data wpływu wniosku ( <i>wypełnia sekretariat komisji</i> )		
		Sygn. sprawy ( <i>wypełnia sekretariat komisji</i> )		
<b>1. DANE PACJENTA</b>				
1.1. Nazwisko		1.2. Imię (imiona)		
1.3. Data urodzenia ( <i>dd/mm/rrrr</i> )	1.4. Numer PESEL albo seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość ( <i>jeżeli posiada</i> )			
<b>2. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY PACJENTA (<i>jeżeli dotyczy</i>)</b>				
2.1. Nazwisko		2.2. Imię (imiona)		
<b>3. SPADKOBIERCY PACJENTA (<i>jeżeli dotyczy</i>)</b>				
Lp.	3.1. Nazwisko	3.2. Imię (imiona)		
1.				
2.				
3.				
4.				
<b>4. WSKAZANIE SPADKOBIERCY REPREZENTUJĄCEGO POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW (<i>jeżeli dotyczy</i>)</b>				
4.1. Nazwisko		4.2. Imię (imiona)		
<b>5. ADRES DO DORECZENIA (<i>dotyczy podmiotu składającego wniosek</i>)</b>				
5.1. Kraj		5.2. Poczta	5.3. Kod pocztowy	
5.4. Miejscowość	5.5. Ulica		5.6. Numer domu	5.7. Numer lokalu
<b>6. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL</b>				
6.1. Firma podmiotu leczniczego prowadzącego szpital				
<b>ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL</b>				
6.2. Kraj		6.3. Poczta	6.4. Kod pocztowy	
6.5. Miejscowość	6.6. Ulica		6.7. Numer domu	6.8. Numer lokalu
<b>ADRES SZPITALA (<i>jeżeli dotyczy</i>)</b>				
6.9. Kraj		6.10. Poczta	6.11. Kod pocztowy	
6.12. Miejscowość	6.13. Ulica		6.14. Numer domu	6.15. Numer lokalu



8. PRZEDMIOT WNIOSKU <sup>1)</sup>	
1. <input type="checkbox"/> ZAKAŻENIE PACJENTA BIOLOGICZNYM CZYNNIKIEM CHOROBOTWÓRCZYM 2. <input type="checkbox"/> USZKODZENIE CIAŁA PACJENTA 3. <input type="checkbox"/> ROZSTRÓJ ZDROWIA PACJENTA 4. <input type="checkbox"/> ŚMIERĆ PACJENTA	
9. PROPOZYCJA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆCZYNIENIA <sup>2)</sup>	
9.1. Kwota (w zł)	9.2. Słownie złotych

**DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:**

1. Dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku (wymienić):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Potwierdzenie uiszczenia opłaty w wysokości 200 zł na rachunek Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku: **94 1010 1049 0000 3922 3100 0000**, tytułem: opłata za złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego.

3. W przypadku śmierci pacjenta (zaznaczyć właściwe „X”):

- postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku,
- pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców pacjenta, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich.

**DODATKOWE INFORMACJE:**

- Dzień, w którym nastąpiło zdarzenie medyczne: .....
- Dzień, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zdarzeniu medycznym: .....

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**Czytelny podpis podmiotu składającego wniosek**

<sup>1)</sup> Zaznaczyć właściwe „X”: 1, 2 lub 3 – jeżeli podmiotem składającym wniosek jest pacjent lub przedstawiciel ustawowy pacjenta, 4 – jeżeli podmiotem składającym wniosek jest spadkobierca pacjenta lub spadkobierca pacjenta reprezentujący pozostałych spadkobierców pacjenta.

<sup>2)</sup> Kwota nie wyższa niż określona w art. 67k ust. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186). Maksymalna wysokość świadczenia wynosi: **100 000 zł** – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, **300 000 zł** – w przypadku śmierci pacjenta.

---

*Imię i nazwisko podmiotu składającego wniosek*

---

*Adres podmiotu składającego wniosek*

---

*Numer telefonu kontaktowego*

**Wojewódzka Komisja  
do Spraw Orzekania  
o Zdarzeniach Medycznych  
w Białymstoku**

**OŚWIADCZENIE  
do wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego**

Mając na uwadze art. 67b ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm. ) oświadczam na podstawie posiadanych przeze mnie informacji, że w związku ze zdarzeniem będącym przedmiotem wniosku

- toczy się / nie toczy się<sup>\*)</sup> postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny;
- toczy się / nie toczy się<sup>\*)</sup> postępowanie karne w sprawie o przestępstwo;
- prawomocnie osądzono sprawę / nie osądzono sprawy<sup>\*)</sup> o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne;
- toczy się / nie toczy się<sup>\*)</sup> postępowanie cywilne w tej sprawie.

**<sup>\*)</sup>niewłaściwe skreślić):**

---

*Miejscowość, data*

---

*Podpis podmiotu składającego wniosek*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych objętych wnioskiem, zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

---

*Miejscowość, data*

---

*Podpis podmiotu składającego wniosek*