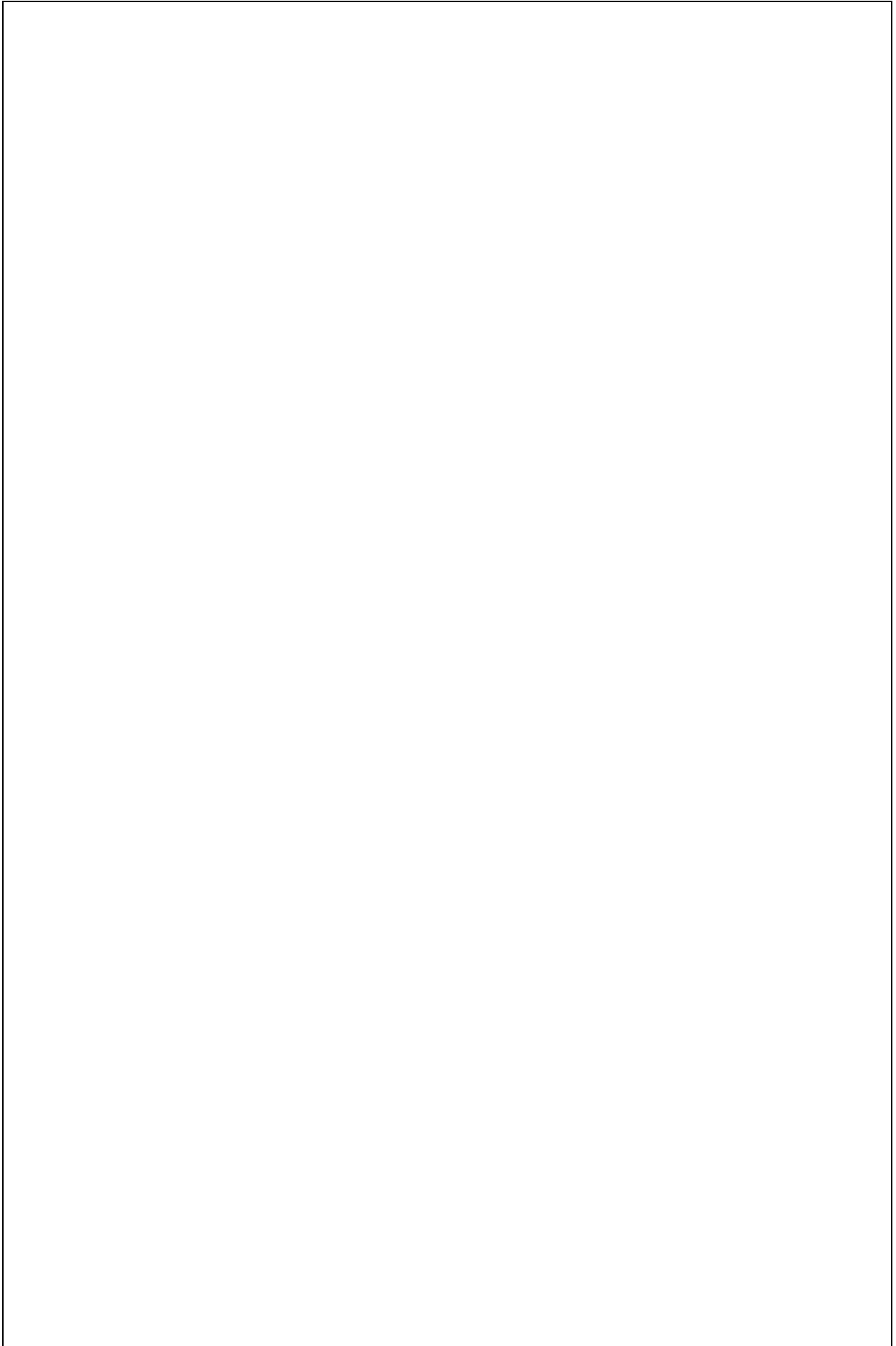


WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

CZĘŚĆ A (wypełnia pracownik Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania i Zdarzeniach Medycznych)			
Data wpływu wniosku		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
CZĘŚĆ B (wypełnia podmiot składający wniosek: pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia; spadkobierca/y pacjenta w przypadku śmierci pacjenta)			
DANE PACJENTA			
IMIĘ		NAZWISKO	
DATA URODZENIA		(ROK)	(MIESIĄC) (DZIEŃ)
PESEL		_ _ _ _ _	
SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ (jeżeli posiada)			
DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (jeżeli dotyczy)			
IMIĘ		NAZWISKO	
DANE WSZYSTKICH SPADKOBIERCÓW (w przypadku śmierci pacjenta, jeżeli dotyczy)			
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
IMIĘ		NAZWISKO	
WSKAZANIE, KTÓRY ZE SPADKOBIERCÓW REPREZENTUJE POZOSTAŁYCH W POSTĘPOWANIU PRZED WOJEWÓDZKĄ KOMISJĄ DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH			
IMIĘ		NAZWISKO	
ADRES DO DORECZEŃ			
KRAJ		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA/OSIEDLE		NUMER DOMU/LOKALU	
KOD POCZTOWY		POCZTA	
tel. kontaktowy*			

CZĘŚĆ C (wypełnia podmiot składający wniosek)			
DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL			
FIRMA: (należy podać nazwę podmiotu lecniczego prowadzącego szpital)			
ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL			
KRAJ		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA/OSIEDLE		NUMER DOMU/LOKALU	
KOD POCZTOWY		POCZTA	
ADRES SZPITALA (jeżeli dotyczy)			
KRAJ		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA/OSIEDLE		NUMER DOMU/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			



CZĘŚĆ E WSKAZANIE PRZEDMIOTU WNIOSKU (wypełnia podmiot składający wniosek zaznaczając właściwą pozycję X)	
ZAKAŻENIE	
USZKODZENIE CIAŁA	
ROZSTRÓJ ZDROWIA	
ŚMIERĆ PACJENTA	
CZĘŚĆ F (wypełnia podmiot składający wniosek wpisując propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia)	
UWAGA! Proponowana wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż:	
1) 100.000 zł- w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta,	
2) 300.000 zł- w przypadku śmierci pacjenta	
CZĘŚĆ G podmiot składający wniosek załącza do wniosku niżej wymienione dokumenty:	
1. DOWODY UPRAWDOPODABNIAJĄCE OKOLICZNOŚCI WSKAZANE WE WNIOSKU (proszę wymienić w miarę możliwości te dowody)	
2. POTWIERDZENIE UISZCZENIA OPŁATY w wysokości 200 zł 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	(właściwe zaznaczyć X)
3. POSTANOWIENIE O STWIERDZENIU NABYCIA SPADKU W PRZYPADKU ŚMIERCI PACJENTA	(właściwe zaznaczyć X)
4. PEŁNOMOCNICTWO DO REPREZENTOWANIA POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW, W PRZYPADKU ZŁOŻENIA WNIOSKU PRZEZ CO NAJMNIJ JEDNEGO Z NICH	(właściwe zaznaczyć X)
CZĘŚĆ H 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:	
IMIĘ I NAZWISKO:	ADRES DO KORESPONDENCJI:
1)	1)
2)	2)
3)	3)

MIEJSCOWOŚĆ

DATA

PODPIS PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

OŚWIADCZENIE

OŚWIADCZAM¹, ŻE W ZWIĄZKU Z TYM SAMYM ZDARZENIEM:

<input type="checkbox"/>	NIE TOCZY SIĘ POSTĘPOWANIE W PRZEDMIOCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD MEDYCZNY
<input type="checkbox"/>	NIE TOCZY SIĘ POSTĘPOWANIE KARNE W SPRAWIE O PRZESTĘPSTWO
<input type="checkbox"/>	PRAWOMOCNIE NIE OSĄDZONO SPRAWY O ODSZKODOWANIE LUB ZADOŚĆUCZYNIENIE PIENIĘŻNE
<input type="checkbox"/>	NIE TOCZY SIĘ POSTĘPOWANIE CYWILNE W SPRAWIE O ODSZKODOWANIE LUB ZADOŚĆUCZYNIENIE PIENIĘŻNE

MIEJSCOWOŚĆ

DATA

PODPIS PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

OŚWIADCZENIE

Wraz ze zwrotem wniosku bez rozpatrzenia podmiotowi składającemu wniosek, w przypadku gdy jest on niekompletny lub nienależycie opłacony, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie dokonuje zwrotu wniesionej opłaty 200 zł¹. Zwrotu opłaty należy dokonać:

<input type="checkbox"/>	przekazem pocztowym na adres do doręczeń wskazany we wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego;
<input type="checkbox"/>	przelewem na rachunek bankowy (proszę wpisać nazwę banku i numer rachunku bankowego)
<input type="checkbox"/>	w kasie Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie - odbiór osobisty

MIEJSCOWOŚĆ

DATA

PODPIS PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

¹ Właściwe należy zaznaczyć X
*informacja nie jest obowiązkowa