

Wniosek o świadczenie kompensacyjne (zdarzenie medyczne w szpitalu)

[MIEJSCOWOŚĆ], [DATA]

[IMIĘ I NAZWISKO]

PESEL: [_____]

[ADRES DO KORESPONDENCJI]

[TELEFON / E-MAIL - jeżeli posiadasz]

Rzecznik Praw Pacjenta

ul. Płocka 11/13

01-231 Warszawa

WNIOSEK

o przyznanie świadczenia kompensacyjnego
z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych

Podstawa: art. 67q i art. 67t ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

1. Przedmiot wniosku (zaznacz jedno):

☐ zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym

☐ uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia

☐ śmierć pacjenta - wnioskodawca jest [krewnym pierwszego stopnia /
małżonkiem / osobą pozostającą we wspólnym pożyciu]

2. Szpital, z którego działalnością wiąże się wniosek:

[PEŁNA NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL]

[ADRES], oddział: [NAZWA ODDZIAŁU]

Hospitalizacja od [DATA] do [DATA]

3. Data, w której dowiedziałem(am) się o zdarzeniu medycznym: [DATA]

4. Uzasadnienie, czyli fakty, na których opieram wniosek:

W dniu [DATA] na oddziale [NAZWA] wykonano u mnie [ZABIEG / BADANIE /
PODANO LEK]. W dniu [DATA] stwierdzono [np. zakażenie,
potwierdzone wynikiem badania z dnia]. Następstwem jest
[OPIS USZCZERBKU: ponowna hospitalizacja od do,
dalsze leczenie, niezdolność do pracy przez tygodni].
[Opisz przebieg dzień po dniu i wskaż dokumenty, które to potwierdzają.]

5. Numer rachunku, na który ma zostać przekazane świadczenie:

[_____-_____-_____-_____-_____-_____]

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się i nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie.
2. Oświadczam, że nie uzyskałem(am) odszkodowania, renty ani zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.
3. Oświadczam, że sąd nie orzekł na moją rzecz obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem, zadośćuczynienia za doznaną krzywdę ani nawiązki.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

[PODPIS]

Załączniki:

1. Kopia posiadanej dokumentacji medycznej z hospitalizacji [DATY].
2. [Karta informacyjna leczenia szpitalnego / wyniki badań / opinia lekarska]
3. Potwierdzenie wniesienia opłaty na rachunek Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych.
4. [Dokumenty potwierdzające pokrewieństwo albo małżeństwo - jeżeli wniosek składasz po śmierci pacjenta]