

Wniosek o odszkodowanie od szpitala

[Miejscowość], [data]

[Imię i nazwisko albo nazwa]

[Adres]

[Telefon / e-mail]

[PESEL albo NIP]

PESEL: [PESEL]

[Nazwa podmiotu leczniczego]

[Adres siedziby]

[do wiadomości: [nazwa zakładu ubezpieczeń szpitala], polisa nr [numer]]

WEZWANIE DO ZAPŁATY ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆCZYNINIENIA

Wzywam do zapłaty na moją rzecz:

1. Odszkodowania w kwocie [kwota] zł tytułem poniesionych kosztów i strat majątkowych.
2. Zadośćuczynienia w kwocie [kwota] zł za doznaną krzywdę.
3. [Renty w kwocie [kwota] zł miesięcznie z tytułu [zwiększonych potrzeb / utraty zdolności do pracy zarobkowej].]

Łącznie: [kwota] zł, płatne w terminie [liczba] dni od dnia doręczenia niniejszego wezwania na rachunek nr [numer rachunku].

Uzasadnienie

Przebieg leczenia: w okresie od [data] do [data] byłem(-am) [hospitalizowany(-a) / leczony(-a)] w [nazwa i adres placówki, oddział]. Rozpoznanie przy przyjęciu: [rozpoznanie]. Wykonane czynności: [zabieg, badanie, leczenie].

Na czym polega nieprawidłowość: [opisz konkretnie i chronologicznie: opóźnienie w postawieniu rozpoznania od [data] do [data], niewykonanie badania [nazwa] mimo objawów [opis], zakażenie szpitalne [nazwa drobnoustroju] stwierdzone w dniu [data], pozostawienie [ciało obce], błąd w podaniu leku [nazwa i dawka], brak nadzoru skutkujący [zdarzenie], brak poinformowania mnie o ryzyku i alternatywach przed wyrażeniem zgody].

Następstwa: [opisz skutki zdrowotne, przebieg dalszego leczenia, liczbę i rodzaj kolejnych zabiegów, okres niezdolności do pracy od [data] do [data], trwały uszczerbek, konieczność rehabilitacji, ograniczenia w życiu codziennym].

Poniesione koszty: leczenie i leki [kwota] zł, rehabilitacja [kwota] zł, dojazdy [kwota] zł, opieka

osób trzecich [kwota] zł, utracone zarobki [kwota] zł. Łącznie [kwota] zł, zgodnie z załączonym zestawieniem i rachunkami.

Krzywda: [opisz cierpienia fizyczne i psychiczne, ból, lęk, czas trwania leczenia, wpływ na życie rodzinne i zawodowe, następstwa trwałe].

Podstawa: naprawienia szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (art. 415, art. 430, art. 444 i art. 445 Kodeksu cywilnego). Podmiot leczniczy odpowiada za działania i zaniechania osób, którymi się posługuje.

Wnoszę jednocześnie o udostępnienie mi pełnej kopii dokumentacji medycznej dotyczącej opisanego leczenia. Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej wynika z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

[Dwie drogi, które warto rozważyć równolegle.

Postępowanie przed WOJEWÓDZKĄ KOMISJĄ albo w trybie świadczenia kompensacyjnego jest szybsze i tańsze od procesu, ale kwoty są ograniczone, a rozstrzygnięcie ma inny charakter. Sprawdź, który tryb obowiązuje dla zdarzeń z Twojej daty.

Droga sądowa pozwala dochodzić pełnej wysokości szkody, ale wymaga opinii biegłych i trwa dłużej. Zwróć uwagę na terminy przedawnienia roszczeń z czynów niedozwolonych.]

Brak zapłaty w wyznaczonym terminie spowoduje skierowanie sprawy na drogę postępowania sądowego.

Załączniki:

1. Kopia dokumentacji medycznej [albo wniosek o jej udostępnienie].
2. Zestawienie poniesionych kosztów wraz z rachunkami i fakturami.
3. [Zaświadczenia o niezdolności do pracy i o utraconych zarobkach.]
4. [Opinia lekarza specjalisty.]

Z poważaniem

[Podpis]

[Imię i nazwisko]