

.....
(miejsce na prezentatę – wypełnia wydział obsługujący Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Łodzi)

WNIOSEK O USTALENIE ZDARZENIA MEDYCZNEGO

CZEŚĆ A. <i>Wypełnia pracownik wydziału obsługującego Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Łodzi</i>			
Data wpływu wniosku		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
Sygnatura akt			
NAZWA WOJEWÓDZKIEJ KOMISJI DS. ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH, DO KTÓREJ KIEROWANY JEST WNIOSEK <i>Wypełnia podmiot składający wniosek</i>			
CZEŚĆ B. DANE PACJENTA <i>Wypełnia podmiot składający wniosek</i>			
1. IMIĘ		2. NAZWISKO	
3. DATA URODZENIA	____ - ____ - ____ Rok m-c dzień	4. PESEL	_____
5. SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ			
DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (jeżeli dotyczy) <i>W szczególności są nim: rodzice - w przypadku małoletniego dziecka (można wpisać dwie osoby), opiekunowie - w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie oraz małoletniego dziecka,</i>			

gdy zachodzą ku temu powody, kurator, członkowie rodziny.

6. IMIĘ		7. NAZWISKO	
8. IMIĘ		9. NAZWISKO	
DANE WSZYSTKICH SPADKOBIERCÓW <i>(jeśli dotyczy)</i>			
10. IMIĘ		11. NAZWISKO	
12. IMIĘ		13. NAZWISKO	
14. IMIĘ		15. NAZWISKO	
16. IMIĘ		17. NAZWISKO	
WSKAZANIE SPADKOBIERCY REPREZENTUJĄCEGO POZOSTAŁYCH SPADKOBIERCÓW W POSTĘPOWANIU PRZED WOJEWÓDZKĄ KOMISJĄ <i>(jeżeli dotyczy)</i>			
18. IMIĘ		19. NAZWISKO	
DANE PEŁNOMOCNIKA <i>(jeżeli dotyczy)</i>			
20. IMIĘ		21. NAZWISKO	
22. NAZWA KANCELARII W PRZYPADKU USTANOWIENIA PROFESJONALNEGO PEŁNOMOCNIKA			
ADRES DO DORECZEŃ <i>/właściwie zaznaczyć /</i>			
<input type="checkbox"/> wnioskodawca			
<input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy			
<input type="checkbox"/> spadkobierca reprezentujący innych spadkobierców			
<input type="checkbox"/> pełnomocnik			
23. KRAJ		24. MIEJSCOWOŚĆ	
25. ULICA		26. NUMER DOMU I LOKALU	
27. KOD POCZTOWY		28. POCZTA	

29. TELEFON*		30. E-MAIL*	
*podanie tych danych jest dobrowolne i służy wyłącznie do celów usprawnienia kontaktu sekretariatu Komisji z wnioskodawcą lub jego pełnomocnikiem (np. w celu powiadomienia o zmianie terminu)			
CZEŚĆ C. (Wypełnia podmiot składający wniosek)			
DANE PODMIOTU LECZNICZEGO PROWADZĄCEGO SZPITAL (najłatwiej uzyskać je z dokumentacji medycznej albo stron internetowych: ems.ms.gov.pl w zakładce Krajowy Rejestr Sądowy lub rpwdl.csioz.gov.pl)			
31. NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO			
ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO			
32. KRAJ		33. MIEJSCOWOŚĆ	
34. ULICA		35. NUMER DOMU I LOKALU	
36. KOD POCZTOWY		37. POCZTA	
ADRES SZPITALA (jeżeli dotyczy)			
38. KRAJ		39. MIEJSCOWOŚĆ	
40. ULICA		41. NUMER DOMU I LOKALU	
42. KOD POCZTOWY		43. POCZTA	
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 według przepisów Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta			

może być złożony TYLKO wtedy, gdy od zdarzenia nie minęło więcej niż 3 lata, a od powzięcia informacji o zdarzeniu nie minął 1 rok.

44. TERMIN ZDARZENIA
MEDYCZNEGO

**Proszę wskazać dokładną datę, kiedy doszło do zdarzenia medycznego*

-- -- -- - - - - -
Rok m-c dzień

45. TERMIN ORAZ OKREŚLENIE, W JAKI SPOSÓB WNIOSKODAWCA DOWIEDZIAŁ SIĘ O ZDARZENIU

**Proszę wskazać dokładną datę*

-- -- -- - - - - -
Rok m-c dzień

UZASADNIENIE WNIOSKU:

--

W przypadku gdy uzasadnienie jest dłuższe niż przewidziane na nie miejsce prosimy załączyć dodatkowe strony.

CZĘŚĆ E. *(Wypełnia podmiot składający wniosek)*

PRZEDMIOT WNIOSKU *(właściwe należy zaznaczyć X)*

	ZAKAŻENIE
	USZKODZENIE CIAŁA
	ROZSTRÓJ ZDROWIA
	ŚMIERĆ

CZĘŚĆ F. *(Wypełnia podmiot składający wniosek)*

PROPOZYCJA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA I ZADOŚĆUCZYNIENIA

UWAGA!

Proponowana wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż:

Proponowana wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia:

.....

1) 100.000 zł – w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta,	słownie:
2) 300.000 zł – w przypadku śmierci pacjenta

CZEŚĆ G. (Wypełnia podmiot składający wniosek)

ZAŁĄCZNIKI (właściwe należy zaznaczyć X)

	dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku (należy wymienić wszystkie załączone dowody, a w przypadku ich dużej liczby podać w formie osobnej listy, stanowiącej załącznik do wniosku): 1) 2) 3) 4).....
	potwierdzenie uiszczenia opłaty od wniosku w wys. 200 zł (opłatę można uiścić bezpośrednio w kasie Urzędu lub przelewem na nr rachunku Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi: nr 88 1010 1371 0097 0022 3100 0000 tytuł wpłaty: opłata za wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego)
	postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku lub akt poświadczenia dziedziczenia - w przypadku śmierci pacjenta
	pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich
	pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy – jeśli dotyczy

Załączniki do wniosku, stanowiące dokumentację medyczną, należy składać w zamkniętej kopercie opisanej imieniem i nazwiskiem osoby składającej wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, opatrzonej dopiskiem: „dokumentacja medyczna – nie otwierać w obiegu wewnętrznym”.

CZEŚĆ H. (Wypełnia podmiot składający wniosek)

DATA	
MIEJSCOWOŚĆ	
PODPIS PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam¹, 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 odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne

miejsowość, data

podpis podmiotu składającego wniosek

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych objętych wnioskiem, zgodnie z art. 13 i art. 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 w celu ustalenia, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa stanowiło zdarzenie medyczne oraz w zakresie przechowywania dokumentacji zakończonych spraw związanych z toczącym się przed Komisją postępowaniem .

miejsowość, data

podpis podmiotu składającego wniosek

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, stanowiącą załącznik nr 1 do wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego.

miejsowość, data

podpis podmiotu składającego wniosek

¹ Właściwie należy zaznaczyć X

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
 - 1.1. Przewodniczący Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Łodzi, z siedzibą w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104, 90-926 Łódź (w zakresie ustalenia, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa stanowiło zdarzenie medyczne);
 - 1.2. Wojewoda Łódzki, którego siedzibą jest Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104, 90-926 Łódź. Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu: /42/ 664-10-00; adresu e-mail: kancelaria@lodz.uw.gov.pl; skrytki ePUAP: /lodzuw/skrytka. (w zakresie przechowywania dokumentacji zakończonych spraw związanych z toczącym się przed Komisją postępowaniem);
2. W sprawach związanych z danymi osobowymi należy kontaktować się z Inspektorem ochrony danych poprzez adres e-mail: iod@lodz.uw.gov.pl.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu ustalenia, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa stanowiło zdarzenie medyczne.
4. Podstawa prawna przetwarzania danych:
 - 4.1. art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 lit. f Rozporządzenia;
 - 4.2. ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2020, poz. 256);
 - 4.3. ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. 2020, poz. 164);
 - 4.4. ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2020, poz. 849).
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych powyżej, Państwa dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:

- 5.1. podmioty upoważnione do odbioru Państwa danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa, w tym: strony postępowania, ich pełnomocnicy, przedstawiciele stron (jeśli w danej sprawie występują), uprawnieni na podstawie przepisów prawa do dostępu do akt sprawy zawierających dane osobowe, którym rozstrzygnięcie sprawy Wojewódzka Komisja zobowiązana jest doręczyć;
- 5.2. podmioty, które przetwarzają Państwa dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu, jednak nie dłużej niż przez wymagany przepisami prawa okres archiwizacji zgodny z kategorią archiwalną, wynikającą z Jednolitego rzeczowego wykazu akt organów zespolonej administracji rządowej w województwie i urzędów obsługujących te organy.
7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Państwu:
 - 7.1. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - 7.2. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
 - 7.3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
 - 7.4. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia.

(**Uwaga:** realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych).
8. W przypadku, w którym przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Państwu prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
10. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, gdyż wynika z przepisów prawa i jest warunkiem załatwienia sprawy w Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim w Łodzi;
11. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.