SPRZECIW WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA LEKARZA

Adresat: Rzecznik Praw Pacjenta
z przeznaczeniem dla Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Ważne informacje przed wypełnieniem formularza

- Sprzeciw można wnieść, jeżeli kwestionowana opinia albo orzeczenie lekarza ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa, a odwołanie od tej opinii lub orzeczenia nie jest uregulowane w odrębnych przepisach.
- Termin: 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.
- Sprzeciw musi zawierać uzasadnienie, w tym wskazanie przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta. Należy dołączyć kopię kwestionowanej opinii albo orzeczenia.
- Zgodnie z informacją Rzecznika Praw Pacjenta sprzeciw wnosi pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. Pełnomocnik, w tym adwokat lub radca prawny, może pomóc w przygotowaniu pisma, ale nie może wnieść sprzeciwu w imieniu pacjenta.
- Formularz jest wzorem pomocniczym. Można złożyć sprzeciw w innej formie pisemnej, o ile spełnia wymagania ustawowe.

I. Dane pacjenta

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres do korespondencji	
Telefon lub adres e-mail (opcjonalnie)	

II. Dane przedstawiciela ustawowego (jeżeli dotyczy)

Imię i nazwisko: .....

Podstawa umocowania / relacja z pacjentem: .....

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż pacjenta): .....

III. Opinia albo orzeczenie, którego dotyczy sprzeciw

Imię i nazwisko lekarza, który wydał opinię/orzeczenie (jeżeli znane): .....

Data wydania opinii/orzeczenia: .....

Rodzaj i tytuł/nazwa dokumentu: .....

Podmiot/lecznica, w której wydano dokument: .....

Data otrzymania dokumentu przez pacjenta (jeżeli inna): .....

IV. Oświadczenie o wniesieniu sprzeciwu

Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wnoszę sprzeciw wobec wskazanej powyżej opinii albo orzeczenia lekarza.

V. Uzasadnienie sprzeciwu

1. W jakim zakresie nie zgadzam się z opinią albo orzeczeniem i dlaczego:

.....

.....

.....

.....

2. W jaki sposób opinia albo orzeczenie wpływa na moje prawa lub obowiązki wynikające z przepisów prawa:

.....

.....

3. Przepis prawa, z którego wynikają wskazane prawa lub obowiązki pacjenta (proszę podać artykuł, ustęp, punkt oraz nazwę aktu prawnego, o ile są znane):

.....

.....

Dodatkowe wyjaśnienia / inne okoliczności istotne dla sprzeciwu:

.....

.....

VI. Załączniki

☐ Kopia opinii albo orzeczenia lekarza, którego dotyczy sprzeciw

☐ Inne dokumenty (proszę wymienić): .....

☐ Dodatkowe strony uzasadnienia

Miejscowość i data: .....

Czytelny podpis pacjenta albo przedstawiciela ustawowego:

.....

Gdzie złożyć sprzeciw?

Sprzeciw należy skierować do Rzecznika Praw Pacjenta, z przeznaczeniem dla Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Według informacji publikowanej przez Rzecznika Praw Pacjenta pismo można złożyć:

- pocztą na adres: Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, ul. Płocka 11/13, 01-231 Warszawa;
- pocztą elektroniczną: kancelaria@rpp.gov.pl;
- za pośrednictwem ePUAP.

Aktualne informacje dotyczące sposobu wniesienia sprzeciwu, wymogów formalnych oraz katalogu opinii i orzeczeń są dostępne na stronie Rzecznika Praw Pacjenta:

https://www.gov.pl/web/rpp/sprzeciw-wobec-opiniiorzeczenia-lekarza

Informacja dla pacjenta

Szpital udostępnia niniejszy formularz wyłącznie w celu ułatwienia pacjentom przygotowania pisma. Szpital nie rozpatruje sprzeciwu w trybie art. 31 ustawy. Przed złożeniem pisma należy sprawdzić aktualne wymagania i sposób wniesienia sprzeciwu w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta. Brak uzasadnienia lub niewskazanie przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta, może skutkować zwrotem sprzeciwu.