



Rzecznik Praw Pacjenta

Wniosek należy
wypełnić czytelnie,
dokonując wpisów
bez skreśleń
i poprawek

Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych

Dane wnioskodawcy

nazwisko	Nowak										
imię	Janina										
numer PESEL	9	9	0	1	0	1	0	1	0	1	0
w razie braku numeru PESEL: rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia											

Przedmiot wniosku (proszę wybrać jedną opcję).

<input type="checkbox"/> zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym
<input checked="" type="checkbox"/> uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia
<input type="checkbox"/> śmierć pacjenta

Data zdarzenia medycznego (jeśli jest znana)	1	0	—	0	9	—	2	0	2	3
Data dowiedzenia się o zdarzeniu medycznym	1	3	—	0	9	—	2	0	2	3

Jeśli wniosek dotyczy śmierci pacjenta:

Dane zmarłego pacjenta

nazwisko											
imię											
numer PESEL											
w razie braku numeru PESEL: rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia											

Relacja między wnioskodawcą a zmarłym pacjentem

<input type="checkbox"/> małżeństwo niepozostające w separacji	<input type="checkbox"/> pokrewieństwo pierwszego stopnia (rodzic lub dziecko zmarłego)
<input type="checkbox"/> przysposobienie	<input type="checkbox"/> pozostawanie we wspólnym pożyciu
<input type="checkbox"/> inna – jaka:	

Dane przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy (jeśli dotyczy)

nazwisko											
imię											

Dane pełnomocnika (jeśli dotyczy)

nazwisko											
imię											

Adres korespondencyjny	
ulica, numer domu i lokalu	ul. Spacerowa 1/10
miejsowość	Gdańsk
kod pocztowy	80-075
województwo	pomorskie
Numer telefonu (jeśli wnioskodawca posiada)	500 000 000
Adres poczty elektronicznej (jeśli posiada)	janina-nowak@poczta-elektroniczna.pl
Podmiot leczniczy prowadzący szpital, którego dotyczy wniosek	
Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Leśnej Dolinie, ul. Miejska 12	
Uzasadnienie wniosku (w tym wskazanie faktów, na których wniosek jest oparty)	
<p>W związku ze złym samopoczuciem i narastającym bólem brzucha 10 września 2023 roku zgłosiłam się na izbę przyjęć do szpitala, gdzie po wstępnym przebadaniu stwierdzono zapalenie wyrostka. Przyjęto mnie na oddział chirurgii i tego samego dnia przeprowadzono operację. Okres po operacji mijał standardowo, zaczęłam dochodzić do siebie, ale wieczorem następnego dnia pojawiła się wysoka gorączka. Okazało się, że doszło do zakażenia rany pooperacyjnej. Zaczęto podawać mi antybiotyki i wprowadzono drenaż, ale mój stan się nie poprawiał. Rana się mocno rozeszła i konieczne było przeprowadzenie reoperacji, po której przez kolejny tydzień byłam hospitalizowana.</p>	
Numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej	
1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0	
jeśli wnioskodawca nie ma rachunku bankowego: adres, na który ma zostać wysłany przekaz pocztowy	

Wymagane załączniki:		
kopia posiadanej dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów potwierdzających opisany stan faktyczny albo szczegółowa informacja o braku takich dokumentów	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
potwierdzenie wniesienia opłaty na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (88 1130 1017 0020 1591 5120 0003)	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
oświadczenie, że wnioskodawca nie uzyskał odszkodowania, renty lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
oświadczenie, że sąd nie orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
jeśli wniosek dotyczy śmierci pacjenta: dokumenty potwierdzające, że wnioskodawca był jego małżonkiem (niepozostającym w separacji), krewnym pierwszego stopnia (tzn. dzieckiem lub rodzicem), osobą pozostającą w stosunku przysposobienia lub osobą pozostającą we wspólnym pożyciu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
Pozostałe załączniki:		
pełnomocnictwo	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
inne: jakie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input checked="" type="checkbox"/>
Oświadczenie wnioskodawcy składane pod rygorem odpowiedzialności karnej		
<i>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</i>		

Janina Nowak

podpis*

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie.

Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie uzyskałem/am odszkodowania, renty lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Oświadczam, że sąd nie orzekł na moją rzecz obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki.

Janina Nowak

podpis*

* wniosek składany w postaci elektronicznej należy podpisać podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem osobistym