



Wniosek należy
wypełnić czytelnie,
dokonując wpisów
bez skreśleń
i poprawek.

Dane osoby, u której zostało przeprowadzone szczepienie ochronne

nazwisko											
imię											
data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)			-			-					
numer PESEL											
w razie braku numeru PESEL: seria i numer paszportu lub numer identyfikacyjny innego dokumentu, który pozwala ustalić dane osobowe											

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy)

nazwisko	
imię	

Dane pełnomocnika (jeśli dotyczy)

nazwisko	
imię	

Adres korespondencyjny

ulica	
numer domu i lokalu	
miejsowość	
kod pocztowy	
województwo (lub kraj, jeśli jest inny niż Polska)	
Numer telefonu (jeśli wnioskodawca posiada)	
Adres poczty elektronicznej (jeśli posiada)	

Numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej
(na który mają być przekazane świadczenie kompensacyjne i zwrot opłaty)

[illegible]**Właściciel rachunku**

jeśli wnioskodawca nie ma rachunku bankowego: adres, na który ma zostać wysłany przekaz pocztowy	
--	--

Rodzaj szczepienia ochronnego

☐	ślonica (d / D)	☐	ślonica i tężec (DT / Td)
☐	ślonica, tężec i krztusiec (DTP / DTaP)	☐	COVID-19

☐ gruźlica (BCG)	☐ Haemophilus influenzae typu b (Hib)
☐ meningokoki (zakażenie Neisseria meningitidis)	☐ odra, świnka i różyczka (MMR)
☐ oспа wietrzna	☐ ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis / polio / IPV)
☐ rotawirusy (RV)	☐ Streptococcus pneumoniae (pneumokoki /PCV)
☐ tężec (T)	☐ wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A)
☐ wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B)	☐ wścieklizna
☐ wysokoskojarzone 5w1: błonica, tężec, krztusiec, polio i Haemophilus (DTaP-IPV-Hib)	☐ wysokoskojarzone 6w1: błonica, tężec, krztusiec, polio, Haemophilus i WZW typu B (DTaP-IPV-Hib-WZWB)
☐ inne – jakie:	
Data wykonania szczepienia	–
Data obserwacji w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć (jeśli dotyczy)	jeśli nie doszło do hospitalizacji –
Okres hospitalizacji (okres pobytu w szpitalu w wyniku działania niepożądanego - jeśli dotyczy)	
od –	do –
Czy wniosek obejmuje również zwrot kosztów leczenia lub rehabilitacji po zakończeniu obserwacji lub hospitalizacji w szpitalu?	
NIE ☐	TAK ☐ - kwota:
Opis sprawy (stan faktyczny)	

Dane o stanie zdrowia oraz inne informacje niezbędne do rozpatrzenia wniosku

--

Czy Pani/Pana sprawa została zgłoszona przez lekarza jako niepożądany odczyn poszczepienny?

TAK ☐NIE ☐NIE WIEM ☐

Czy Pani/Pana sprawa została zgłoszona jako działanie niepożądane produktu leczniczego do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych?

TAK ☐ - numer zgłoszenia:NIE ☐NIE WIEM ☐**Wymagane załączniki:**

kopia zaświadczenia o wykonaniu szczepienia, karty uodpornienia, książeczki szczepień lub dokumentacji medycznej, w której zostało odnotowane szczepienie*

TAK ☐NIE ☐

kopia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego i ewentualnie pozostałej posiadanej dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego

TAK ☐NIE ☐

kopia dokumentacji z dalszego leczenia lub rehabilitacji wraz z dokumentacją potwierdzającą poniesione koszty (jeśli wniosek obejmuje zwrot kosztów)

TAK ☐NIE ☐

potwierdzenie wniesienia opłaty na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych (45 1130 1017 0020 1591 5120 0001)

TAK ☐NIE ☐

oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało zakończone postępowanie przed sądem cywilnym w sprawie o zadośćuczynienie lub odszkodowanie związane z wystąpieniem działań niepożądanych szczepionki

TAK ☐NIE ☐**Pozostałe załączniki:**

pełnomocnictwo

TAK ☐NIE ☐

inne: jakie

TAK ☐NIE ☐**Oświadczenie osoby wnoszącej wniosek, składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń***Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

--

podpis**

* Np. poświadczenie szczepienia pobrane z Internetowego Konta Pacjenta (zakładka „Profilaktyka” => „Szczepienia”) lub wydrukowane w punkcie szczepień.

** Wniosek złożony w postaci elektronicznej należy podpisać podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem osobistym.

miejsowość, data

Załącznik do wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego

Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się ani nie zostało zakończone postępowanie przed sądem cywilnym w sprawie o zadośćuczynienie lub odszkodowanie związane z wystąpieniem działań niepożądanych po podanej szczepionce albo podanych szczepionkach.

podpis