高雄市政府醫療爭議調解申請書-病人(填寫範本)

113 年 02 月 02 日訂定
113 年 04 月 18 日修訂

稱謂	姓名/機構	性別	出生年月日	身分證明文件字號或統一編號	住(居)所、事務所或營業所	連絡電話	與病人之關係
當事人	李 O 三	男	50/01/01	E123456789	○市○區○路/村/街○段○巷○弄○號○樓	0930-303030	■病患本人
□法定代理人 ■委任代理人 **(＊委任代理人應檢附委任書)**	李 O 兒	男	81/01/01	E123456790	○市○區○路/村/街○段○巷○弄○號○樓	0935-353535	兒子
□輔助人 **(病人為受輔助宣告者必填)**							
□利害關係第三人							
相對人 ■醫療(事)機構 □醫事人員	OO 醫院				○市○區○路/村/街○段○巷○弄○號○樓	07-1234567	
醫療爭議日期	○年○月○日~○年○月○日						
醫療爭議事實	因○疾病或症狀至○醫院/診所治療，由○醫師診治，於○年○月○日於該院/所進行何種檢查、手術、用藥或處置，導致何種結果...(請詳述治療前病人情形或主訴、治療後病人的反應或不良結果、醫療過程、治療前醫方之告知等)。						

請求調解事項 (具體請求)	■金額補償：慰問金 000 元 □給予治療或減免醫療費用： □道歉(無需金額補償) □醫療說明 □其他：
是否有其他**進行中**或**已完成**之程序	□無。 ■有，□已和解　□生產事故救濟　□預防接種受害救濟　□藥害救濟 (■本件現正在　法院審理中，案號：　■民事□刑事) (□本件現正在　地檢署偵辦中，案：　)
醫療(事)機構是否提供**說明、溝通或關懷服務**	□否。 ■是，已接受醫事(療)機構之說明、溝通等關懷服務，滿意度為： □非常滿意□滿意■普通□不滿意□非常不滿意 若不滿意，其原因為：_____。
醫療爭議相關文件/資料	□ 診斷證明書 □病歷影本 □醫療費用明細 □X 光片、相關檢驗資料 □用藥明細 □ 其他 ■ 委請衛生局調閱病歷(□法定繼承人申請，病患姓名及 ID：　)
是否曾經申請**醫事專業諮詢**	■否。 □是。(可於調解當天提供諮詢意見書給調解委員參考。)
備註	■**我已瞭解上述「調解作業流程」及「申請須知」，以上資料正確，若有補充說明請描述** _____。 □法定繼承人申請，請提供病患死亡証明、繼承系統表等相關文件。

此致

高雄市政府醫療爭議調解會

中 華 民 國　　年　　月　　日

申請人　　(簽名或蓋章)

注意事項：

1.申請書應以中文繕具，其附有外文資料者，應就調解有關之部分備具中文譯本。但調解會得視需要通知其檢具其他部分之中文譯本。

2.申請調解時，應按相對人人數提出繕本。

3.**當事人指與醫療爭議有關之醫事人員、醫事機構、病人或其他依法得提起訴訟之人。**

4.有法定代理人或代理人者，應記明其姓名、出生年月日、身分證明文件字號、住所或居所；**代理人應一併提出委任書**。

5.有輔助人者，應記明其姓名、出生年月日、身分證明文件字號、住所或居所。(若申請人為受輔助宣告者，經輔助人同意後，調解會始得受理調解。)

6.有利害關係之第三人參加者，應記明其姓名、出生年月日、身分證明文件字號、住所或居所。

7.「請求調解事項」部分應摘要記明雙方爭議之具體請求之內容。

8.「醫療爭議事實」部分應摘要記明醫療爭議之發生過程（含發生時間、發生地點、事實經過及所受損害等）。

9.「醫療爭議及相關資料」部分應記載本件事實及具體請求之證據資料，並編號檢附之。