

高雄市政府醫療爭議調解申請書-病人(填寫範本)

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○三	男	50/01/01	E123456789	○市○區○路/村/街○段○巷○弄○號○樓	0930-303030	<input checked="" type="checkbox"/> 病患本人
<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 委任代理人 (*委任代理人應檢附委任書)	李○兒	男	81/01/01	E123456790	○市○區○路/村/街○段○巷○弄○號○樓	0935-353535	兒子
<input type="checkbox"/> 輔助人 (病人為受輔助宣告者必填)							
<input type="checkbox"/> 利害關係第三人							
相對人							
<input checked="" type="checkbox"/> 醫療(事)機構 <input type="checkbox"/> 醫事人員	○○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)。						

<p>請求調解事項 (具體請求)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>金額補償：慰問金 000 元</p> <p><input type="checkbox"/>給予治療或減免醫療費用：</p> <p><input type="checkbox"/>道歉(無需金額補償)</p> <p><input type="checkbox"/>醫療說明</p> <p><input type="checkbox"/>其他：</p>
<p>是否有其他進行中或已完成之程序</p>	<p><input type="checkbox"/>無。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>有，<input type="checkbox"/>已和解 <input type="checkbox"/>生產事故救濟 <input type="checkbox"/>預防接種受害救濟 <input type="checkbox"/>藥害救濟</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>本件現正在 法院審理中，案號： <input checked="" type="checkbox"/>民事<input type="checkbox"/>刑事)</p> <p>(<input type="checkbox"/>本件現正在 地檢署偵辦中，案：)</p>
<p>醫療(事)機構是否提供說明、溝通或關懷服務</p>	<p><input type="checkbox"/>否。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>是，已接受醫事(療)機構之說明、溝通等關懷服務，滿意度為：</p> <p><input type="checkbox"/>非常滿意<input type="checkbox"/>滿意<input checked="" type="checkbox"/>普通<input type="checkbox"/>不滿意<input type="checkbox"/>非常不滿意</p> <p>若不滿意，其原因為：_____。</p>
<p>醫療爭議相關文件/資料</p>	<p><input type="checkbox"/>診斷證明書 <input type="checkbox"/>病歷影本 <input type="checkbox"/>醫療費用明細 <input type="checkbox"/>X光片、相關檢驗資料 <input type="checkbox"/>用藥明細</p> <p><input type="checkbox"/>其他</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>委請衛生局調閱病歷</p>
<p>是否曾經申請醫事專業諮詢</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>否。</p> <p><input type="checkbox"/>是。(可於調解當天提供諮詢意見書給調解委員參考。)</p>
<p>備註</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>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</p> <p>_____。</p>
<p>此致</p> <p>高雄市政府醫療爭議調解會</p> <p>中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>申請人 (簽名或蓋章)</p>	

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。