

高雄市政府衛生局醫療爭議調處申請表

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------|---------|------------|------------|
| 申請人姓名 | 王小明 | | 身分證字號 | E123456789 | |
| 通訊住址 | ○市○區○路/村/街○段○巷○弄○號○樓 | | 聯絡電話 | 0912121212 | |
| 病患姓名 | 王大雄 | | 與申請人關係 | 父子 | |
| 病患性別 | 男 | 病患出生日期 | 56年1月2日 | 身分證字號 | E212345678 |
| 調處對象（醫療院所名稱） | | ○醫院/診所 | | | |
| 醫療院所住址 | ○市○區○路/村/街○段○巷○弄○號○樓 | | | | |
| 醫方爭議關係醫事人員姓名 | | ○醫師/護理師/....等醫事人員 | | | |
| 醫療爭議日期 | ○年○月○日~○年○月○日 | | | | |
| 醫療爭議過程簡述（包含治療前後情況差異、醫療過程、治療前醫方之告知等） | 因○疾病或症狀至○醫院/診所治療，於○年○月○日於該院進行何種手術或處置，導致何種結果....（請詳述治療前後情況差異、醫療過程、治療前醫方之告知等）。 | | | | |
| 具體訴求 | 具體提出訴求如慰問金○元、道歉...或其他訴求 | | | | |
| 是否已與醫療院所調處 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> （是否已經與醫療院所私下協調） | | | | |
| 先行與醫療院所協調意願 | <input type="checkbox"/> 有意願 <input type="checkbox"/> 無意願（衛生局召開調處會議前，是否有意願與醫療院所私下協調） | | | | |
| 申請人檢附資料 | <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 病歷影本 <input type="checkbox"/> 醫療費用名細 <input type="checkbox"/> X光片、相關檢驗資料 <input type="checkbox"/> 用藥名細 <input type="checkbox"/> 其他 <input checked="" type="checkbox"/> 委請衛生局調閱病歷 具結人簽名：王小明 | | | | |
| 醫療機構是否提供關懷服務 | 是 <input checked="" type="checkbox"/> ，接受關懷滿意度： <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 否 <input type="checkbox"/> | | | | |
| 備註 | <input checked="" type="checkbox"/> 我已瞭解上述「調處作業流程」及「申訴注意事項」，若有補充說明請描述 <hr/> 我可以出席之時間： 1. 年 月 日 上午 時 3. 年 月 日 上午 時 2. 年 月 日 上午 時 4. 年 月 日 上午 時 申請人：王小明 簽章 申請日期：105年10月5日 | | | | |

委任書

| 稱謂 | 姓名〈或名稱〉 | 性別 | 出生日期 | 國民身分證 統一編號 | 職業 | 住所或居所〈事務所或營業所〉 |
|-----|---------|----|--------|---------------|----|--------------------------|
| 委任人 | 王大雄 | 男 | 56.1.2 | E212345678 | | ○市○區○路/村/街○段○巷○弄 ○號○樓 |
| 受任人 | 王小明 | 男 | 70.3.1 | E123456789 | | ○市○區○路/村/街○段○巷○弄 ○號○樓 |

茲因與 ○醫院/診所 間 植牙 醫療爭議調處事件，

委任 王小明 為代理人，有代為一切調處行為之權，

並有同意調處條件、撤回、捨棄或選任代理人等特別代理權。

此致

高雄市政府衛生局

委任人： 王大雄 〈簽名或蓋章〉

受任人： 王小明 〈簽名或蓋章〉

中華民國 105 年 10 月 5 日