

臺南市政府衛生局醫療爭議調解申請書(正面)

請用中文繕寫

申請日期 年 月 日

申請人資料	姓名	簽名及蓋章		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生日期	身分證字號(居留證、護照)		
	與當事人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人或繼承人 <input type="checkbox"/> 委任代理人 <input type="checkbox"/> 利害關係人 <input type="checkbox"/> 輔助人		國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	職業	連絡電話	住家() 手機	
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 通訊地 <input type="checkbox"/> 戶籍地 <input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 營業所							
病人資料	姓名	<input type="checkbox"/> 同上		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生日期	身分證字號(居留證、護照)		
	電話	住家() 手機		國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	住址	<input type="checkbox"/> 通訊地 <input type="checkbox"/> 戶籍地		
醫事人員資料	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	職業	機構名稱		
具體請求	<input type="checkbox"/> 金錢賠償，金額_____				醫方關懷	告知醫方 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 給予治療或減免醫療費用					醫方關懷 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 道歉 <input type="checkbox"/> 醫療說明				關懷滿意度				
	<input type="checkbox"/> 其他_____				<input type="checkbox"/> 非常滿意度 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意				
醫事專業諮詢	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	案件訴訟狀態	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	_____地檢署偵辦中；案號_____					
				_____法院審理中；案號_____					
救濟申請	①生產事故	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	②藥害受害	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	③預防接種受害	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
是否有損害賠償請求權人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 支出醫療費用 <input type="checkbox"/> 支出生活費用 <input type="checkbox"/> 支出殯葬費人							
		<input type="checkbox"/> 繼承人(父母、子女、配偶) <input type="checkbox"/> 病人對其有法定扶養義務人							
姓名：									
出席人員	<input type="checkbox"/> 當事人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任代理人 <input type="checkbox"/> 繼承人 <input type="checkbox"/> 輔助人 <input type="checkbox"/> 利害關係人 <input type="checkbox"/> 機構代表								
相關人員個資 <input type="checkbox"/> ①輔助人 <input type="checkbox"/> ②利害關係人 <input type="checkbox"/> ③委任代理人 <input type="checkbox"/> ④繼承人 <input type="checkbox"/> ⑤法定代理人									
編號()：姓名_____生日_____身分證_____住居所_____									
編號()：姓名_____生日_____身分證_____住居所_____									
編號()：姓名_____生日_____身分證_____住居所_____									
相關文件	<input type="checkbox"/> 身分證正反影本 <input type="checkbox"/> 診斷書或病歷影本 <input type="checkbox"/> 委任書 <input type="checkbox"/> 監護宣告公文書 <input type="checkbox"/> 輔助宣告公文書 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 除戶謄本 <input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 繼承繼承表 <input type="checkbox"/> 損害請求權人名冊 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 專業諮詢文件 <input type="checkbox"/> 其他_____								

臺南市政府衛生局醫療爭議調解申請書(背面)

簡述醫療照護發生過程(含發生時間、地點、事實經過、所受損害)

請求調解事項：醫療照護過程爭議點(疑問)及其相關法律問題

此致

臺南市政府衛生局醫療爭議調解會