彰化縣醫療爭議調處申請書

 申請日期 年 月 日

主旨： 與 醫療糾紛，請協助安排調處。

說明：

1.患者姓名： 身分證字號： 出生年月日：

2.醫療爭議事件事實要點(含發生時間、地點、事件經過、所受損害)：

3.具體請求：

4.檢附□診斷證明書□病歷影本□醫療費用明細□用藥明細□X光片、相關檢驗資料 □其他： 等相關資料影印本各1份。

5.□是 □否 同意本局將本案轉由相關公會先行調解

6.□是 □否 有沒有在其他地方調解過，若是，地點：

7.□是 □否 已經訴諸法律途徑

申請人： 簽章 申請人身分證字號：

申請人與患者之關係：□本人□配偶及直系親屬□其他\_\_\_\_\_\_\_(需委託書)。

電話： 行動電話：

通訊地址：

 彰化縣醫療爭議調處委任書

本人　　　　，茲因與 　 　 間醫療爭議調處事件，委任

 　 為代理人，有代為一切調處行為之權，並同意調處條件、撤回、捨棄或選任代理人等特別代理權。

　　此致

彰化縣衛生局

委任人：　　　　　　（簽名及蓋章）身分證號：

出生年月日：　　　　　　　　　　　電話：

受委任人：　　　　　（簽名及蓋章）身分證號：

出生年月日：　　　　　　　　　　　電話：

中華民國 年 月 日

**彰化縣醫事審議委員會醫療爭議調處注意事項**

102.06訂定

105.03修訂

1. 調處當日申請人應親自攜帶本函、身分證與調處相關之文件

準時報到，並遵守報到秩序，於報到完成後，到會場休息區等候調處。

1. 調處作業秉持客觀、公平、正義之原則進行；雙方當事人及協同

調處人，對於調處程序及調處內容以不公開為原則，不得自行對外公開。

1. 參加調處者進入會場應保持肅靜，會議進行中不得錄音、拍照或攝影等行為，並應關閉通訊聯絡器材。
2. 本會議預定召開時間為1小時，調處過程中，遇有暴力干擾、威脅、利誘或其他不正當之行為，衛生局得移請司法機關依法處理。
3. 倘若本次醫療爭議調處會議雙方未達成共識，申訴人仍可循司法途徑向司法機關提出告訴或其他解決管道。惟本局之醫療爭議調處係提供醫病雙方另一溝通平台，並不提供醫療疏失鑑定。
4. 調處成立者，雙方簽訂和解調處書。
5. 調處不成立者，予以發給調處不成立會議紀錄。