

彰化縣醫療爭議調解申請書(範例)

113.5.15 版

稱謂	姓名 或名稱	性 別	出生 年月日	身分證號 或統一編號	住(居)所、事務所 或營業所	連絡 電話	負責人 當事人為醫療 機構	與病人 之關係
申請人	王大同	男	45.03.03	N123456789	彰化市中山路二段 162 號	04-7111111 0933-333333		本人
法定代理人 或 委任代理人								
輔助人								
相對人							\	\
利害關係 第三人							\	\
請求調解事 項(具體請 求)	<p style="color: red;">請求賠償住院期間之費用，新台幣...萬元。</p> <p>(本件現正在 法院審理中，案號如下：) <input type="checkbox"/> 無 (本件現正在 地檢署偵辦中，案號如下：) <input type="checkbox"/> 無</p>							
醫療爭議事 實(含發生 時間、發生 地點、事實 經過及所受 損害等)	<p>病人姓名：王大同 身分證字號：N123456789</p> <p style="color: red;">王大同先生 112 年 1 月 1 日因劇烈腹痛，被送至厝邊醫院急診，醫師診斷為.....，需住院開刀治療，.....，因醫師.....，後續又至 XX 醫院開 2 次刀，住院... 個月才出院.....。</p>							

檢附醫療爭議相關文件、資料	<p>請依序編號</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 委任書（申請人非病人本人，請出具委任書）</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 其他具有損害賠償請求權之人之名冊及聯絡方式(需通知名冊上人員參加調解)</p> <p>編號 <u>1</u> <input checked="" type="checkbox"/> 一般診斷證明書</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 死亡證明書（當病人死亡時須提供）</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 相驗屍體證明書（當無死亡證明書時須提供）</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 病歷影本</p> <p>編號 <u>2</u> <input checked="" type="checkbox"/> 醫療收據</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 相關檢查之影像檔案(如：X光)</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____</p>
是否曾經申請醫事專業諮詢	<p><input type="checkbox"/> 是：申請日期_____年_____月_____日</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 否</p>
<p>注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.申請調解書時，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。 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。 	
<p>此致</p> <p style="text-align: center;">彰化縣醫療爭議調解會</p> <p style="text-align: center;">中華民國 113 年 2 月 1 日</p> <p style="text-align: right;">申請人 王大同 (簽名或蓋章)</p>	