彰化縣醫療爭議調解申請書(範例)

114.4.18 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	1.厝邊醫院 2.OOO 醫師							
利害關係 第三人								
請求調解事項(具體請求)	請求賠償住院期間之費用，新台幣...萬元。 (本件現正在　　法院審理中，案號如下：　　)■無 (本件現正在　　地檢署偵辦中，案號如下：　　)■無							
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)	病人姓名：王大同　　身分證字號：N123456789 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……。							

檢附醫療爭議相關文件、資料	請依序編號 編號____ □委任書（申請人非病人本人，請出具委任書） 編號____ □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) 編號__1__ ■一般診斷證明書 編號____ □死亡證明書（當病人死亡時須提供） 編號____ □相驗屍體證明書（當無死亡證明書時須提供） 編號____ □病歷影本 編號__2__ ■醫療收據 編號____ □相關檢查之影像檔案(如：X 光) 編號____ □其他：_____
是否曾經申請醫事專業諮詢	□是：申請日期____年____月____日 ■否

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。

此致

彰化縣醫療爭議調解會

中 華 民 國 113 年 2 月 1 日

申請人 王大同 (簽名或蓋章)