**南投縣醫療爭議調解申請書(範本)**

紅框為必填欄位

依衛生福利部113年1月12日衛部字第1131660122號公告辦理

113年5月21日修訂

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 稱謂 | 姓名  或名稱 | 性別 | 出生  年月日 | 身分證明 文件字號 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 |
| 當事人 | 病患資料 |  |  |  |  |  |  |  |
| 法定代理人  或  委任代理人 | 代理人資料 |  |  |  |  |  |  |  |
| 輔助人 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 相對人 | ＯＯ醫師/ＯＯ醫院/ＯＯ診所 |  | （如有多人請序填寫） |  |  |  |  |  |
| 利害關係  第三人 |  |  |  | （如不確定可不填） |  |  |  |  |
| (本件現正在 法院審理中，案號如下： )  (本件現正在 地檢署偵辦中，案號如下： ) | | | | | | | | |
| 醫療爭議事實 | 請略述本案經過及臺端認本次案件具有爭議之處(包含人、事、時、地、物)  （如本欄位不足可自行於後補充） | | | | | | | |
| 請求調解事項  (具體訴求) | □金錢補償：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  □給予治療：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  □減免醫療費用：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  □道歉(無金額補償)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  □醫療說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | | | | | |
| 醫療爭議相關文件、資料 | * 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： | | | | | | | |
| 申請調解應檢附資料 | * **委任書（若申請人非病人本人，請出具委任書）** * **當事人(代理人)身分證正反面影本** * **當事人戶籍謄本** | | | | | | | |
| 與本次爭議相關其他就醫院所 | 醫療院所名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_就醫期間\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  醫療院所名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_就醫期間\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  醫療院所名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_就醫期間\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  醫療院所名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_就醫期間\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 是否曾經申請醫事專業諮詢 | □是  □否 | | | | | | | |
| 此致  南投縣政府 醫療爭議調解會  中 華 民 國 年 月 日  申請人 (簽名或蓋章)  此欄位務必填寫日期及申請人(代理人)簽名或蓋章 | | | | | | | | |

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
10. 非死亡案件之病人若為未成年人，應由父母雙方共同代理申請、出席醫療爭議調解未成年人之父母離婚時，應檢具載有監護權記事之戶籍謄本，確認未成年人受共同監護或僅由父或母單方監護；如為共同監護，仍應由父母雙方共同代理行使、負擔對未成年子女之權利及義務。
11. 病人有精神障礙或其他心智缺陷，不能與他人溝通或不瞭解他人表達的意思，例如長期昏迷、植物人、嚴重智能障礙或精神疾病等，可先聲請法院對其為監護之宣告後，由法定代理人申請。
12. 死亡案件請填寫繼承系統表，供調解會確認有損害賠償請求權之人，並通知名冊上之人員參加調解。

依衛生福利部113年1月12日衛部字第1131660122號公告辦理

113年5月10日修訂

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委　　　任　　　書 | | | | | | |
| 稱謂 | 姓名 | 出生年月日 | 身分證明文件字號或統一編號 | 職業 | 住所或居所  （事務所或營業所） | 連絡電話 |
| 委任人 | 病人 |  |  |  |  |  |
| 受任人 | 受委託人 |  |  |  |  |  |
| 茲因與 間之醫療爭議調解事件，委任　　　　為代理人，有為一切訴訟行為之權，並有民事訴訟法第七十條第一項但書及同條第二項所列各行為之特別代理權，依同法第六十九條第一項前段規定，提出委任書。  此　　　　致  南投縣政府 醫療爭議調解會  委任人：　　　　　　　　　　　　　　　　　（簽名或蓋章）  (委任人以簽名方式為委任者，請親自簽名，受任人勿代為簽名)  受任人：　　　　　　　　　　　　　　　　　（簽名或蓋章）  中華民國　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |

|  |
| --- |
| **撤案申請書** |
| 本人　　　　　　　　　前於　　　年　　　月　　　日向貴會書面申請有關　　　　　　　　與　　　　　　　間之醫療爭議調解一案，因  □已雙方自行和解  □其他原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  無須繼續辦理調解，以此書面請貴局撤銷本案調解申請。  此致  南投縣政府 醫療爭議調解會  申請人： （簽名或蓋章）  中華民國　　　年　　　月　　　日 |