新竹縣醫療爭議調解申請表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 與病人之關係 |
| 當事人(病方) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 法定代理人或委任代理人 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 輔助人 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 相對人(醫事機構名稱) |  | 就醫科別 |  |
| 醫事機構地址 |  |
| 醫療爭議事件醫事人員姓名 |  |
| 醫療爭議 發生期間 |  |
| 請求調解事項 | （摘要記明雙方爭議之具體請求之內容）(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： ) |
| 醫療爭議事件事實 | （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、所受損害等） |
| 醫療爭議相關文件、資料 | （記載本件事實及具體請求之證據資料，並於□內填寫編號檢附之）□病歷(本次爭議相關門診、急診、住院、檢查及治療過程所有紀錄)□相關檢查之影像檔案：□出院病摘□病程紀錄□護理紀錄□產程紀錄□醫囑單 □術前麻醉評估□手術紀錄□麻醉紀錄□用藥紀錄□病理紀錄□檢驗報告□影像檢查報告□診斷證明書□醫療費用明細□其他： |
| 是否有其他進行中或已完成之程序 | □已和解□其他地點調解□民事訴訟□刑事訴訟□生產事故救濟□預防接種受害救濟□藥害救濟□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 是否完成院所關懷程序 | □是□否 |
| 是否曾經申請醫事專業諮詢 | □是□否 |
| 此致新竹縣醫療爭議調解會中 華 民 國 年 月 日申請人  (簽名或蓋章) |

將本表填妥後送以掛號郵寄或親送至新竹縣政府衛生局醫政科（新竹縣竹北市光明七街1號） 電話︰03-5518160

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。