

澎湖縣醫療爭議調解申請書(範本)

依據衛生福利部 113 年 1 月 12 日衛部字第 1131660122 號公告範本製作

稱謂	姓名 /機構	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	與病人 之關係
當事人	王小明	男	55/05/05	X123456789	○縣○市(鄉)○路(村) ○巷○弄○號○樓	0911-110110	病患本人
☐ 法定代理人 ☒ 委任代理人 (*委任代理人 應檢附委任書)	王姍姍		83/03/03	X223567890	○縣○市(鄉)○路(村) ○巷○弄○號○樓	0931-113113	女兒
☐ 輔助人 (*病人為受輔 助宣告者必填)							
相對人 ☒ 醫療(事)機構 ☐ 醫事人員	○○ 醫院				○縣○市(鄉)○路(村) ○巷○弄○號○樓	06-9271234	
利害關係 第三人							
(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	(含發生時間、發生地點、事實經過及所受損害等) 因○疾病或症狀至○醫院/診所治療，由○醫師診治，於○年○月○日於該院 /所進行何種檢查、手術、用藥或處置，導致何種結果…(請詳述治療前病人 情形或主訴、治療後病人的反應或不良結果、醫療過程、治療前醫方之告知 等)						
請求調解事項 (具體訴求)	☒ 金錢補償： <u>慰問金000元</u> ☐ 給予治療： ☐ 減免醫療費用： ☐ 道歉(無金額補償)： ☐ 醫療說明： ☐ 其他：						

