

(民)表 1

桃園市政府醫療爭議調處申請書

申請人姓名		性別		出生日期		身分證字號	
通訊地址						聯絡電話	
與當事人(病人)關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 繼承人 <input type="checkbox"/> 其他_____						
當事人(病人)姓名		性別		出生日期		身分證字號	
對造當事人(醫療機構名稱)						就醫(診)科別	
事由	事件或病程經過摘要及爭議點(如欄位空間不足,可另於 A4 紙張填寫,附於申請書後)						
具體訴求							

(民)表 1

申請人 檢附資料	<input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 病歷影本 <input type="checkbox"/> 醫療費用明細 <input type="checkbox"/> X光片、相關檢驗資料 <input type="checkbox"/> 用藥明細 <input type="checkbox"/> 委託書 <input type="checkbox"/> 身分關係證明文件 <input type="checkbox"/> 其他_____
本案是否曾提起司法訴訟？ <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 您是否同意本局調閱病歷供委員評估？ <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否	
申請人：	(簽名蓋章) 中 華 民 國 年 月 日

備註：

1. 申請者檢附資料僅供醫療調處使用，並依據個人資料保護法保密。
2. 當事人不克申請醫療爭議調處，得出具委託書委由他人代理。
3. 本表填寫完後，請併同申請人身分證明文件影本 1 份(申請人非本人時，另檢附當事人身分證明文件影本)寄至桃園市政府衛生局醫事管理科收。