北京市医疗纠纷人民调解委员会

**患方申请书**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | | 姓 名 | |  | | | 身份证号 | |  | | | | | |
| 性 别 | |  | | 年 龄 |  | 民 族 |  | | 单位 |  | | |
| 是否死亡  是○  否○ | | 联 系 电 话 | | | |  | | | 住 址 | |  | | | |
| 职 业 | | 职员、工人、公务员、教师、医务人员、自由职业、农民工、农民、现役军人、离退休、学生、儿童、无业、其他 | | | | | | | | | | |
| 申请人 | | 姓名 | 患者本人 | |  | | | 近亲属电话 | |  | | |  |
| 继 承 人 | |  | | | 与患者关系 | |  | 联系电话 | |  |
| 监 护 人 | |  | | |
| 委托代理人 | | | |  | | | | 与患者关系 | |  | 联系电话 | |  |
| 医疗机构名称 | | | |  | | | | | | | 就诊科室 | |  |
| 医疗机构地址 | | | |  | | | | | | | 医方电话 | |  |
| 简要就医经过： | | | | | | | | | | | | | | |
| 损害结果及调解理由： | | | | | | | | | | | | | | |
| 请求事项及金额：    申请人签字： 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 备  注 | 1.患者本人申请的，申请人签字处由患者本人签字，委托人代签的需提交委托书。  2.患者死亡的，在患者是否死亡处选是，申请人处填继承人，申请人签字处由继承人签字。  3.患者系无民事行为能力人或未满18周岁，申请人处填监护人，申请人签字处由监护人签字。 | | | | | | | | | | | | | |