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。 |